

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE DROIT

LE RISQUE INVALIDITÉ
DANS LA
LÉGISLATION DES ASSURANCES SOCIALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT

Présentée et soutenue le 15 Mars 1938, à 14 heures

PAR

TARDAS Jean-Elie

Né le 12 Avril 1906

Président : M. OUALID.

Suffragants { MM. NOGARO.
Roger PICARD.

PARIS
LIBRAIRIE TECHNIQUE ET ÉCONOMIQUE
3, Rue Soufflot, 3

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551431_0031

Le Risque Invalidité
dans la
Législation des Assurances Sociales

UNIVERSITE DE PARIS — FACULTE DE DROIT

LE RISQUE INVALIDITE DANS LA LÉGISLATION DES ASSURANCES SOCIALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT

Présentée et soutenue le 15 Mars 1938, à 14 heures

PAR

TARDAS Jean-Elie

Né le 12 Avril 1906

Président : M. OUALID.

Suffragants { MM. NOGARO.
 Roger PICARD.

PARIS
LIBRAIRIE TECHNIQUE ET ÉCONOMIQUE
3, Rue Soufflot, 3

1938

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



INTRODUCTION

L'examen des travaux qui précédèrent la discussion et le vote de la loi du 5 avril 1928 sur les Assurances Sociales montre que, parmi tous les risques qu'on se proposait de couvrir, le risque d'invalidité était le moins bien connu.

Certes, il y avait des précédents... De nombreux pays étrangers et, plus près de nous, les départements recouvrés, possédaient une législation d'assurances sociales dont on pouvait dégager les principes indispensables à une bonne gestion de l'assurance du risque invalidité.

Néanmoins, le système établi par les lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930, bien que satisfaisant dans son ensemble, s'avéra imparfait sur certains points.

Le décret-loi du 28 octobre 1935 apporta quelques améliorations.

Depuis sa parution, des textes nouveaux réalisent quotidiennement des modifications dont l'expérience montre la nécessité.

Nous n'entendons pas suivre spécialement cette évolution.

Dans l'étude du système actuel, qui est le but de cet ouvrage, nous ne rappellerons les errements antérieurs qu'autant qu'ils nous paraîtront susceptibles d'éclairer telle ou telle modalité d'aujourd'hui.

D'autre part, nous entendons, avant tout, nous placer à un point de vue pratique. A cet effet, nous ferons une large part aux avis et aux circulaires du Ministre du Travail, ces commentaires qui, émanant du Ministre chargé de l'application de la loi, permettent de la mieux comprendre et, par suite, de la mieux appliquer.

Nous nous garderons aussi de négliger les premières décisions des juridictions spéciales aux Assurances Sociales et nous ferons la plus large part aux quelques arrêts rendus par la Cour de Cassation dans la matière qui nous intéresse.

Nous nous efforcerons, en outre, à l'occasion, de souligner les dispositions qu'il nous semblerait judicieux de modifier en raison de leur incompatibilité avec certains textes ou des difficultés d'ordre pratique qui résultent de leur application.

Enfin, pour compléter notre travail, nous indiquerons les résultats obtenus après les premières années d'assurance.

De ces statistiques, incomplètes certes, mais combien intéressantes, nous essaierons de dégager quelques conclusions pour l'avenir.

TITRE I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES
DIFFÉRENTES CONCEPTIONS DE
L'INVALIDITÉ ET APERÇU SUR LES GRANDS
PRINCIPES ADMIS EN MATIÈRE
DE L'ASSURANCE DE CE RISQUE DANS
LES LÉGISLATIONS ÉTRANGÈRES

CHAPITRE PREMIER

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LES CONCEPTIONS DE L'INVALIDITE

Dans l'avis présenté au nom de la Commission des Finances de la Chambre des Députés sur le projet qui devait devenir la loi du 5 avril 1928, l'honorable rapporteur, M. LANDRY, écrivait :

« Tandis que dans l'Assurance sociale étrangère, l'invalidité est définie par l'impossibilité dans laquelle se trouve l'assuré de gagner sa vie, ou du moins par la perte qu'il a faite d'une fraction déterminée de sa capacité de gain, ici, le degré d'invalidité va résulter de la nature de l'affection dont est atteint l'assuré ou de l'accident qu'il a eu » (1).

C'est qu'en effet, on peut donner de l'invalidité, — c'est-à-dire de l'affaiblissement des facultés de travail de l'individu avant l'âge d'entrée en jouissance de sa pension de vieillesse, — une définition économique et une définition physiologique : définition économique, lorsqu'on apprécie l'invalidité en fonction de la diffé-

(1) Annexe au procès-verbal de la 2^e séance du 2 mars 1928, page 43.

rence de rendement, soit dans la même profession, soit dans deux professions différentes ; définition physiologique, lorsque le taux d'incapacité est fonction de l'intégrité corporelle, c'est-à-dire de la nature de l'affection et de ses répercussions sur l'organisme.

L'invalidité estimée au point de vue économique peut, d'ailleurs, être envisagée soit au point de vue purement professionnel, soit en tenant compte des possibilités d'utilisation des facultés de reclassement dont dispose l'invalidé.

L'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'inaptitude à une profession déterminée, a été employée comme critère du risque couvert dans certains régimes d'assurance spéciaux aux employés et aux mineurs (Allemagne) ou dans certains pays pour l'évaluation de l'incapacité résultant d'une affection dont le caractère apparaît devoir être temporaire (Grande-Bretagne et Irlande). Le principal avantage de l'adoption de ce système consiste dans la simplicité relative des évaluations qu'il comporte : un barème pouvant être établi aisément par l'étude expérimentale du rôle que jouent les diverses fonctions ou organes du corps humain dans l'accomplissement d'une profession ou d'un métier. Mais, le désavantage marqué de cette conception du risque, c'est qu'elle ne tient aucun compte des possibilités de l'utilisation par l'invalidé de sa capacité de travail restante dans un emploi différent de celui qu'il exerçait antérieurement à l'apparition de l'invalidité.

C'est pourquoi la plupart des législations ont adopté comme définiton du risque couvert par l'assurance invalidité, le risque d'incapacité générale de gain. Dans cette conception, les conséquences des lésions sont esti-

mées non pas en considération de l'exercice d'une profession déterminée, mais en tenant compte des possibilités de reclassement de l'invalidé sur le marché du travail, c'est-à-dire des possibilités raisonnables d'activité que le marché de la main-d'œuvre peut offrir à l'intéressé eu égard à son infirmité, son âge, sa culture, etc.

Le développement du machinisme, l'accroissement du nombre des ouvriers et manœuvres spécialisés, ont augmenté considérablement les possibilités de reclassement d'un individu. Aussi, paraît-il normal que la collectivité exige cette réadaptation, c'est-à-dire cette utilisation des forces restantes en vue d'assurer la contribution de l'individu à tout ou partie de son entretien. N'est-il pas juste, en effet, que la collectivité n'assume la réparation d'un dommage caractérisé par l'impossibilité où se trouve l'individu de subvenir en tout ou en partie à ses besoins, qu'après avoir étudié et discuté cette impossibilité et demandé à l'invalidé l'effort de réadaptation nécessaire, tout en restant évidemment dans la limite des efforts qu'il est humainement possible de demander ? On ne peut, semble-t-il, que répondre affirmativement à une telle question. Aussi, le critère de l'incapacité générale de gain est-il celui que nous trouverons dans la plupart des pays, pour l'assurance des ouvriers (Allemagne, Autriche, Bulgarie, Chili, Danemark, etc.).

En France, par contre, on a pu penser que la notion d'invalidité qui avait été retenue dans la loi sur les Assurances Sociales était plutôt celle de l'incapacité physique que celle de l'incapacité appréciée en fonction du gain effectif : le barème qui sert de base à l'évaluation de l'invalidité de nos assurés, étant, jusqu'à nou-

vel ordre, le guide-barème des blessés et invalides de guerre qui définit le dommage indemnisable d'après l'incapacité de travail en général. Mais une analyse plus complète de cette notion et de la solution adoptée par notre législation nous permettra de montrer que cette opposition entre la conception française et celle des pays étrangers est plus apparente que réelle. Qu'est-ce, en effet, que l'incapacité physique ? l'atteinte portée à l'intégrité physique de l'individu. Mais alors, d'une part, quelles seront les bases sérieuses de son évaluation ? pourra-t-on parler d'invalidité absolue tant que subsistera un seul organe intact ? D'autre part, et même s'il est possible de mesurer, indépendamment des contingences individuelles, l'invalidité physiologique résultant de la perte d'une fonction ou d'un organe, il semble bien qu'une législation ayant pour objet l'assurance ou la réparation des dommages causés, n'a jamais fixé, d'une manière nette et précise, le mode d'évaluation de l'atteinte portée à l'intégrité physique. Certes, la diminution physique — et c'est ce point qui, à notre avis, a entraîné une confusion sur le critère adopté par la législation française des Assurances sociales — constitue dans la plupart des législations sur les pensions de guerre l'élément fondamental d'appréciation du dommage ouvrant droit à l'indemnité. Mais, dans tous ces pays, la méthode appliquée pour l'élaboration du barème (voir notamment Introduction au barème belge dont la conception est identique à celle du barème français) montre que les pourcentages d'invalidité qui ont été fixés, correspondent à la moyenne d'incapacité de gain admise par la législation des accidents du travail.

Comme il y a pour chaque infirmité autant de pour-

centages que de genres de métiers, la législation militaire dont le barème sert, jusqu'à établissement d'un guide-barème spécial, à l'évaluation de l'invalidité des assurés sociaux français, s'est bornée à prendre la moyenne des divers pourcentages. Elle a ainsi dressé le barème qui passe pour donner une évaluation physiologique des infirmités, ce qui a pu faire croire que le système français différait du système des autres nations. Nous pensons, au contraire, qu'il y a un véritable non sens à donner une valeur absolue à des pourcentages qui correspondent simplement à la moyenne des répercussions des accidents du travail sur les salaires des ouvriers et qui, par suite, n'ont de signification qu'appliqués à des salaires.

Aussi, il nous paraît difficile d'affirmer que l'évaluation de l'invalidité de nos assurés sociaux ne se rapporte qu'à une invalidité physiologique, alors qu'au contraire, elle correspond à une présomption d'incapacité de gain théorique et moyenne, indépendante des contingences individuelles.

Nous verrons, d'ailleurs, en examinant l'évaluation du pourcentage d'invalidité des assurés sociaux français comment, de plus en plus, le législateur français a essayé de donner une place importante à la notion du gain dans la fixation de ce pourcentage d'invalidité de nos assurés sociaux.

CHAPITRE II

APERÇU SUR LES GRANDS PRINCIPES ADMIS EN MATIERE D'ASSURANCE DU RISQUE INVALIDITE DANS LES LEGISLATIONS ETRANGERES

Quelle que soit la notion servant à définir l'invalidité, qu'il s'agisse de l'incapacité strictement professionnelle ou au contraire de l'incapacité générale de gain, les législations étrangères ont adopté pour l'assurance de ce risque des dispositions communes que nous retrouverons, d'ailleurs, en étudiant plus particulièrement le système français.

I. — DEGRÉ D'INVALIDITÉ OUVRANT DROIT A PENSION

Dans toutes les législations, l'infirmité ou l'affection n'ouvre droit au bénéfice de l'assurance invalidité qu'autant qu'elle revêt un caractère d'une certaine gravité. Une légère diminution de rendement, une réduction peu importante de l'activité rémunératrice ne permet pas à l'assuré de prétendre à pension d'invalidité. Il faut, au contraire, que la perte des facultés de tra-

vail dépasse un niveau élevé puisque le taux d'incapacité minimum prévu pour qu'un assuré soit réputé invalide est généralement de 66 2/3 pour cent. C'est, en effet, ce taux qui, en dehors de la France, a été adopté dans les pays ci-après :

Allemagne (Assurance des ouvriers).

Autriche, Danemark, Grèce (Assurances des ouvriers).

Hongrie, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Roumanie, Tchécoslovaquie.

Parfois, néanmoins, le taux d'invalidité est abaissé à 50 %, par exemple : en Bulgarie et en U.R.S.S., et également dans certains régimes d'assurances particuliers, Allemagne (assurance des employés), Hongrie (assurance des employés), Pologne (assurance des travailleurs intellectuels).

Dans d'autres pays, au contraire, l'assurance ne s'applique qu'aux cas d'invalidité totale : Grande-Bretagne et Irlande.

Ceci posé, et quel que soit le pourcentage minimum reconnu, la plupart des législations donnent à l'institution d'assurance le droit de se prononcer librement sur le degré d'incapacité de travail. Bien entendu, l'organisme d'assurance peut s'entourer de toutes les garanties nécessaires et ordonner toutes enquêtes qu'il juge utiles.

De même, toutes les législations organisent une procédure spéciale pour permettre aux assurés d'exercer un recours contre les décisions défavorables des caisses ou organismes d'assurance-invalidité.

Enfin, en ce qui concerne encore le pourcentage d'incapacité de travail des assurés, les législations natio-

nales prévoient que les organismes d'assurances ont la possibilité de vérifier, après attribution de la pension, si le degré d'invalidité reste constant, ou au moins égal à un chiffre déterminé, ou si, au contraire, les circonstances qui avaient motivé l'attribution d'une pension ont cessé d'exister.

La seule différence entre les divers systèmes réside dans le délai prévu pour la révision de la pension. En général, ce délai n'expire qu'au moment où l'invalidé atteint l'âge prescrit pour avoir droit à sa pension de vieillesse : Allemagne, Autriche, Bulgarie, etc.

Néanmoins, parfois, la législation prévoit un délai à l'expiration duquel la pension est attribuée définitivement (Argentine).

II. — CONDITIONS ADMINISTRATIVES REQUISES

a) *Durée minima de stage dans l'assurance.*

En vue d'éliminer les trop mauvais risques, les différentes législations disposent que les assurés ne peuvent bénéficier des avantages de l'assurance-invalidité avant d'avoir accompli un stage dont la durée varie généralement entre deux et cinq ans. On évite, ainsi, des affiliations correspondant à l'exercice d'une activité purement circonstancielle, et qui n'a d'autre but que d'ouvrir droit aux prestations de l'assurance.

Cette durée du stage est parfois fonction des cotisations versées et, parfois, de la profession de l'intéressé ou de son âge.

Elle est fixée à :

150 semaines aux Pays-Bas,
156 — en Bulgarie,

200	—	en Hongrie, en Roumanie,
240	—	en Italie,
250	—	en Allemagne (Assurance obligatoire des ouvriers).

1.200 journées de travail donnant lieu à cotisation au Luxembourg, etc.

Seules, font exception à cette règle de stage l'assurance nationale suédoise (1) et celle de l'U.R.S.S. pour les assurés âgés de moins de 20 ans.

Précisons, d'ailleurs, qu'en ce qui concerne ce dernier pays, le stage imposé est fonction de l'âge atteint au moment de la réalisation du risque et qu'il est différent suivant la profession de l'intéressé (employé ou ouvrier), la durée de ce stage pouvant atteindre douze années pour les employés âgés de plus de 50 ans.

b) Versement d'un minimum de cotisations.

Mais il ne suffit pas d'exiger de l'assuré un stage de durée plus ou moins importante, il faut vérifier, encore, qu'au cours de ce stage, l'intéressé a rempli son devoir d'assuré, c'est-à-dire qu'il a versé des cotisations avec une régularité convenable.

Il importe, en effet, d'éviter non seulement les affiliations de courte durée, mais aussi les affiliations qui n'auraient d'autre but que d'obtenir des prestations au moyen de versements de minime importance. Il y a là deux possibilités de fraude qui ne sont d'ailleurs qu'un

(1) Cette exception s'explique par le mode de formation des indemnités, dont une partie est proportionnelle aux cotisations versées et l'autre est constituée par une somme fixe allouée seulement en cas de besoin constaté ; c'est l'état de besoin et non l'exercice d'une activité déterminée qui, en fait, motive l'attribution d'un élément fondamental de pension (l'assurance invalidité, vieillesse, décès, obligatoire, B.I.T. Genève, 1933, page 184).

aspect différent de la même question. Aussi, les différentes législations se sont-elles efforcées de pallier à cet inconvénient, en prévoyant un minimum de versements marquant une certaine régularité de l'activité ouvrière de l'individu au cours de la période considérée.

Le système anglais, système assez complexe, tout au moins à première vue, marque bien la préoccupation du législateur à ce sujet. Le droit aux prestations invalidité de l'ouvrier anglais est, en effet, subordonné à l'inscription au compte de l'assuré d'un nombre minimum de cotisations versées au cours des douze premiers mois (contribution Year) d'une période de dix-huit mois expirant en janvier de l'année au cours de laquelle s'est réalisé le risque (benefit Year). Les prestations sont réduites lorsque le nombre de cotisations hebdomadaires versées au cours de douze mois est inférieur à 48. Elles ne sont pas attribuées lorsque le nombre descend au-dessous de 17.

Des dispositions analogues se rencontrent dans toutes les législations nationales.

III. — DÉTERMINATION

DU MONTANT DES PENSIONS D'INVALIDITÉ

Un autre grand principe général réside dans la détermination du montant de la pension d'invalidité en dehors de toute considération du pourcentage de l'incapacité de travail.

Dans toutes les législations nationales, en effet, le taux de l'incapacité de travail ouvrant droit à pension est, nous l'avons vu, généralement élevé. Mais, dès que ce taux est atteint, l'assuré est reconnu invalide et il reçoit, s'il y a lieu, une pension dont le montant est

indépendant de l'importance des lésions. Seule, la législation de l'U.R.S.S. fait exception à cette règle, le pourcentage d'invalidité étant pris en considération pour la liquidation de la pension.

Ceci posé, notons que le calcul lui-même de la pension est effectué dans des conditions qui varient avec le pays considéré et aussi, parfois, pour un même pays, avec la profession de l'individu.

D'ailleurs, et bien que les deux éléments essentiels soient, en général, le gain ou la durée de la période de cotisation, une énumération, même incomplète, des différents systèmes adoptés permettra facilement de se rendre compte de leur diversité.

1) *Pays dans lesquels les pensions d'invalidité sont indépendantes du gain et de la période de cotisations :*

Danemark, Grande-Bretagne, Grèce.

2) *Pays dans lesquels les pensions sont en partie fonction du salaire terminal mais indépendantes de la durée de la période de cotisations :*

Autriche.

3) *Pays dans lesquels les pensions sont en totalité fonction du gain, mais indépendantes de la durée de la période de cotisations :*

Cuba et Uruguay (certaines professions).

4) *Pays dans lesquels les pensions sont en partie seulement fonction du gain, mais varient avec la durée de la période de cotisations :*

Belgique et Tchécoslovaquie (assurance des mineurs).

5) *Pays dans lesquels les pensions sont fonction du gain et de la période de cotisations :*

Allemagne, Hongrie, Suède, Tchécoslovaquie (assurance des salariés), Pays-Bas, U.R.S.S., etc...

Observons, à ce sujet, que, comme nous le verrons plus loin, la législation française a adopté sur ce point une solution particulière : la pension d'invalidité des assurés sociaux français étant fonction du gain moyen et de l'âge d'entrée dans l'assurance.

IV. — DÉCHÉANCE, SUSPENSION OU CESSATION DU DROIT AUX PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Les causes de déchéance ou suspension ou cessation du droit aux prestations d'invalidité prévues par les lois d'assurance peuvent se ramener à cinq groupes.

a) *Intervention de la volonté de l'intéressé dans la réalisation du risque ou fraude de l'assuré.*

La déchéance opposable à l'assuré lorsque la surveillance du risque lui est imputable est tout à fait générale. Seules varient les définitions des causes de déchéances.

La législation britannique fait état de la mauvaise conduite de l'assuré ; en Allemagne, aux Pays-Bas, en Tchécoslovaquie, les prestations sont refusées à l'assuré qui s'est exposé volontairement au risque.

b) *Cumul des prestations.*

Le cumul des indemnités d'assurance attribuées soit au titre de réparation des accidents du travail, soit au titre d'un risque quelconque ayant ouvert droit à réparation avec les indemnités dues au titre des assurances sociales est généralement interdit. Mais les mesures d'interdiction ou de restriction des cumuls diffèrent avec la législation considérée.

Un rapide examen des solutions admises, en cas d'ac-

cident du travail, par quelques législations nationales, montrera la diversité des solutions.

Aux Pays-Bas, par exemple, les prestations de l'assurance-invalidité peuvent être cumulées avec les indemnités dues pour accident du travail et seul, le cumul des prestations des Assurances sociales susceptibles d'être attribués au titre de plusieurs risques, est interdit.

Par contre, dans la législation italienne, en cas d'invalidité provenant d'un accident du travail, la pension d'invalidité ajoutée à la rente d'accident ne doit pas excéder le salaire antérieur de l'assuré. Dans le cas contraire, elle est réduite à due concurrence.

En Angleterre, les prestations de l'assurance-invalidité sont liquidées pour la différence entre leur montant et l'indemnité d'accident.

En France, comme nous le verrons, le dommage résultant d'un accident du travail n'ouvre pas droit au bénéfice des prestations prévues au titre de l'assurance-invalidité par la loi sur les Assurances sociales.

c) Limite des ressources.

Un certain nombre de législations — à la vérité assez peu élevé — subordonne l'octroi de tout ou partie des prestations de l'invalidité à la précarité des ressources dont dispose l'assuré. Des dispositions de ce genre se rencontrent dans la législation tchécoslovaque, dans celle de l'assurance des employés au Luxembourg, dans l'assurance nationale suédoise, etc.

d) Cessation de l'état ayant motivé l'attribution des prestations.

La disparition de l'état de l'invalidité, la récupération soit de la totalité, soit d'une partie importante des

facultés de travail entraîne toujours la suppression des indemnités versées. Cette solution, unanimement admise par les législations d'Assurances sociales, ne paraît nécessiter aucun commentaire particulier.

e) *Entretien de l'assuré aux frais de la collectivité.*

La suppression des prestations en raison de l'entretien de l'assuré aux frais de la collectivité est générale : La plupart des législations prévoyant dans ce cas, que tout ou partie des prestations dues à l'assuré peuvent être versées aux personnes qui étaient à sa charge (Allemagne, Grande-Bretagne, Tchécoslovaquie, etc...).

f) *Déchéance ou suspension de tout ou partie des droits aux prestations par défaut de nationalité ou de résidence dans le pays antérieur.*

Des clauses de ce genre se rencontrent dans presque toutes les législations. Leur application est, en pratique, largement tempérée par les traités de réciprocité conclus à ce sujet entre les différents pays.

TITRE II

LA LÉGISLATION FRANÇAISE DES ASSURANCES SOCIALES ASSURÉS DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE CONDITIONS REQUISES POUR OBTENIR LE BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ CONSTITUTION DU DOSSIER DE DEMANDE DE PENSION LIQUIDATION ET DÉLIVRANCE DE LA PENSION D'INVALIDITÉ

Dans l'étude que nous allons poursuivre du fonctionnement de l'assurance du risque invalidité dans la législation française des Assurances sociales, nous retrouverons les grands principes qui ont été admis dans les législations étrangères. Aussi bien, entendons-nous ne pas nous en tenir à des principes généraux, mais bien examiner en détail le fonctionnement du système français et essayer de dégager quelques conclusions des résultats acquis après les premières années de ce fonctionnement.

CHAPITRE PREMIER

ETAT D'INVALIDITE

Aux termes de l'article 10, § 1^{er}, du décret-loi du 28 octobre 1935 :

« L'assuré qui, à l'expiration du délai de six mois
« prévu à l'article 6 ou, en cas d'accident non régi par
« la loi sur les accidents du travail, après consolidation
« de la blessure, reste encore atteint d'une affection ou
« d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa
« capacité de travail, a droit à une pension d'invalidité ».

I. — CAUSES D'INVALIDITÉ

L'invalidité résulte donc d'une maladie chronique, d'une affection qui se prolonge ou d'un accident non régi par la loi sur les accidents du travail. Elle peut, aussi, résulter d'une grossesse ou de suite de couches pathologiques (article 9, § 3 du décret-loi).

Ainsi, un assuré devient justiciable de l'assurance-invalidité dès qu'il a épuisé ses droits à l'assurance-maladie, soit parce qu'il a obtenu pendant le délai maxi-

mun de six mois les prestations de cette assurance, soit parce que la blessure peut être considérée comme consolidée. Rappelons, au sujet du délai de six mois, qu'en cas d'interruption dans le service des prestations maladie, l'article 6 § 13 dispose que « lorsqu'il y a interruption de prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois si l'assuré a fait constater sur sa feuille de maladie en cours au moment de l'interruption la guérison apparente ou la fin de l'état de maladie et s'il en a avisé la Caisse dans les huit jours ».

« Il en est de même si l'assuré établit que la nouvelle affection est indépendante de celle qui a précédemment motivé l'attribution des prestations », et soulignons que, pour demander valablement le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit avoir régulièrement perçu toutes les prestations auxquelles il pouvait prétendre au titre de l'assurance-maladie.

Quant aux accidents, ceux qui relèvent de la législation sur les accidents du travail n'ouvrent pas droit aux prestations des Assurances sociales en général et en particulier, de l'assurance-invalidité. Cette restriction résulte des dispositions de l'article 10 § 1 du décret-loi reproduites ci-dessus et aussi de l'article 20 § 1^{er} du même texte.

En cas d'accident, d'ailleurs, la Caisse d'assurance-maladie qui, la première, est appelée à servir des prestations au titre des Assurances sociales, doit s'attacher à définir la nature de l'accident pour ne dispenser ses prestations qu'à bon escient. Sous l'empire de la loi du 5 avril 1928, le décret du 25 juillet 1930, sur la comptabilité et la statistique des Caisses d'assurances socia-

les avait prévu (article 22) que « lorsque l'affection dont
« est atteint l'assuré paraît résulter d'un accident, la
« caisse d'assurance-maladie dont il relève doit s'assu-
« rer qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail, elle
« recherche à cet effet à la mairie du lieu où s'est pro-
« duit l'accident s'il y a eu déclaration dans les ter-
« mes de l'article 11 de la loi du 9 avril 1898 sur les
« accidents du travail ».

Ainsi donc, la Caisse maladie sera amenée en cas d'accident, à rechercher s'il s'agit ou non d'un accident du travail. Mais cette enquête peut donner des résultats incertains et on peut se demander si la Caisse maladie, ayant décidé d'attribuer des prestations, sa décision engage celle de la Caisse d'assurance-invalidité. Une réponse négative s'impose.

Déjà, sous l'empire de la loi du 5 avril 1928, cette solution avait été sanctionnée par la jurisprudence (V. jugement du Tribunal Civil d'Annecy confirmé par arrêt de la Chambre civile de la Cour de Cassation du 2 août 1934, affaire Chappaz c/ Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse), mais elle est devenue aujourd'hui une nécessité : les Caisses d'assurance-maladie devant indemniser, à titre provisionnel, les victimes d'accidents du travail dont le droit aux réparations prévues par la loi du 9 avril 1898 est contesté (article 20 § 4 du décret-loi).

Ajoutons enfin que, tout comme l'accident du travail, la maladie ou l'accident d'origine militaire n'ouvre pas droit au bénéfice de l'assurance-invalidité (décret-loi, article 18). Il s'agit, là aussi, d'affection ou d'infirmité indemnisée en application d'une législation différente et dont la prise en charge par les Assurances

sociales constituerait un des cumuls qui, comme nous l'avons vu, sont généralement interdits dans les législations étrangères.

Nous verrons, d'ailleurs, au cours du prochain chapitre, comment l'incapacité d'origine militaire ou l'infirmité résultant d'un accident du travail peut être prise en compte pour l'évaluation du pourcentage d'invalidité de l'assuré social. Mais, il n'en reste pas moins que la législation des Assurances sociales, celle des accidents du travail et celle des pensions militaires fonctionnent parallèlement et se complètent sans se chevaucher (1).

II. — POURCENTAGE D'INVALIDITÉ

DEGRÉ MINIMUM NÉCESSAIRE. — ÉVALUATION

Nous avons vu que, pour pouvoir valablement prétendre au bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit être atteint d'une réduction de sa capacité de travail égale au moins aux deux tiers.

Quant à la fixation du pourcentage d'invalidité, l'article 10, § 2 du décret-loi dispose :

« Le degré d'invalidité est apprécié, compte tenu de
« la capacité de travail restante et en faisant état des
« indications d'un barème établi par le Ministre du
« Travail, après avis de la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales ».

Ce barème n'a pas encore été publié (2) : le Ministre du Travail s'étant borné à prescrire aux Caisses d'Assurance-invalidité d'évaluer le taux d'incapacité de

(1) Cf. Réponse à question écrite n° 8.715 de M. LACHAL, J. O. du 30 juin 1934 rappelant 2 arrêts de la Cour de Cassation en date des 8 mars et 31 mai 1933.

(2) Une Commission pour la préparation de ce barème a été instituée par arrêté du 30 juillet 1936.

travail de leurs adhérents en faisant application des règles en vigueur sous l'empire des lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930 (note du 1^{er} juin 1936, Administration générale, 4^{me} bureau).

Or, la loi du 5 avril 1928 modifiée par celle du 30 avril 1930, avait prévu (article 10, § 2) : « Jusqu'à
« l'établissement d'un nouveau barème, le degré d'inva-
« lidité est estimé provisoirement d'après le barème en
« usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919
« sur les pensions de guerre, complété ou modifié par
« arrêté du Ministre du Travail après avis de la section
« permanente du Conseil Supérieur des Assurances
« sociales ».

Le nouveau barème visé par ce texte n'a été publié qu'en 1933. Encore ne constituait-il qu'une brève énumération des affections graves dont l'atteinte entraînait « ipso facto » une invalidité supérieure aux deux tiers. Aussi, l'arrêté du Ministre du Travail qui, à la date du 5 août 1933, avait promulgué ce barème, avait lui-même confirmé que, pour toutes ses lacunes, il y avait lieu de se reporter au barème en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919.

On peut donc dire que, pour la plupart des infirmités et affections, le pourcentage d'invalidité des assurés sociaux français est fixé, sous l'empire du décret-loi, comme il l'était sous celui de l'ancienne législation, d'après les indications du barème applicable aux blessés et invalides de guerre.

Aussi, étant donné que ce barème passe pour tenir compte uniquement de la diminution de l'intégrité physique, les commentateurs de la loi sur les Assurances sociales ont conclu, quasi unanimement, que l'invalidité

des assurés sociaux français était évaluée au point de vue physiologique et non en raison de la perte de gain résultant de l'infirmité ou de l'affection considérée.

Nous nous sommes expliqués sur ce point dans le premier chapitre du titre premier de cet ouvrage et nous avons donné les raisons qui nous semblaient infirmer cette thèse. Mais, nous notons avec satisfaction que, même en l'admettant, commentateurs et même législateur ont essayé d'abandonner cette conception de l'invalidité pour se rapprocher de la conception de l'invalidité générale de gain admise dans les législations nationales étrangères.

C'est le D^r GRINDA qui, dans son rapport sur le projet de loi retour du Sénat, écrivait :

« S'il y a lieu de se baser, en principe, sur l'incapacité physique, le degré d'invalidité ainsi estimé ne doit être retenu que dans la mesure où il n'est pas supérieur au degré d'incapacité qui résulte soit de la réduction effective de salaire par rapport au salaire de la dernière année précédant l'état de maladie ou d'invalidité, soit, si l'assuré n'a pas repris son travail, de la différence entre ce salaire et celui qu'il serait susceptible de gagner dans la même profession ou dans une profession analogue dans la même région ».

C'est ensuite le législateur lui-même qui, en introduisant dans la rédaction du décret-loi la notion de « capacité de travail restante » a entendu tempérer ce qu'une application stricte du barème pourrait avoir d'excessif et obliger les médecins des Caisses invalidité à faire état des possibilités de travail de l'indi-

vidu, soit dans son ancienne profession, soit dans un emploi nouveau (1).

C'est, en outre, la section permanente du Conseil Supérieur des Assurances sociales donnant le 21 juillet 1937 son approbation à un rapport de M. Pierre LAROQUE, auditeur au Conseil d'Etat, où nous trouvons une définition de l'assuré invalide qui confirme pleinement notre interprétation.

Est invalide, en effet, d'après M. LAROQUE, « tout
« assuré qui, par suite d'une infirmité ou d'une maladie
« et compte tenu de son âge, de sa formation et de sa
« profession antérieure, n'est plus en mesure de trou-
« ver dans la même région, un emploi lui assurant un
« salaire supérieur au tiers de la rémunération habi-
« tuelle des personnes de même formation jouissant de
« leur pleine capacité physique ».

On ne saurait mieux définir ce que nous avons appelé à l'occasion de l'étude des différentes notions de l'invalidité celle de l'incapacité générale de gain.

C'est enfin le Ministre du Travail donnant, dans une circulaire du 27 novembre 1937 (*Journal Officiel* du 27 novembre 1937) l'interprétation que voici :

« Aux termes de l'article 10 (§ 1^{er}) du décret-loi du 28 octobre 1935, les assurés qui, à l'expiration du délai de six mois ou, en cas d'accident non régi par la loi sur les accidents du travail, après consolidation de la blessure, restent encore atteints d'une affection ou d'une

(1) A ce sujet, la rédaction de l'article 32 par. 2 du règlement général, laisse apparaître nettement l'intention du législateur. Aux termes de cet article, en effet :

« Au cas où l'assuré continue de travailler ou reprend le travail, la capacité de travail restante visée à l'article 10 par. 2 du décret-loi du 28 octobre 1935 est appréciée *compte tenu du montant du salaire ou du gain perçu par l'assuré* ».

infirmité réduisant au moins de deux tiers leur capacité de travail, ont droit à une pension d'invalidité.

Le § 2 dudit article précise que le degré d'invalidité est apprécié, compte tenu de la capacité de travail restante et en faisant état des indications d'un barème établi par le Ministre du Travail après avis de la Section permanente du Conseil Supérieur des Assurances sociales.

L'état d'incapacité des assurés invoquant le bénéfice de l'assurance-invalidité ne doit donc pas être estimé eu égard seulement à leur incapacité physique, telle qu'elle peut résulter de l'application d'un barème et considérée objectivement indépendamment de la profession antérieure ou nouvelle des intéressés. Il doit être tenu compte également du salaire ou gain dont bénéficient effectivement ou sont susceptibles de bénéficier les invalides — lorsqu'ils ne sont pas frappés d'incapacité totale de travail — soit dans leur profession antérieure, soit dans une autre profession.

Or, autant il est aisé de faire état des éléments de fait résultant du salaire ou du gain effectif, autant, si l'invalidé ne travaille pas mais est susceptible de travailler dans sa profession ou dans une autre, il est délicat et difficile de déterminer s'il doit être considéré comme un invalide au sens de la législation sur les Assurances sociales. On est amené, à cet effet, à faire entrer en compte divers éléments : l'âge de l'assuré, sa formation, sa profession antérieure, ses possibilités de reclassement dans la même région, et c'est le résultat de cette recherche qui permettra de déterminer si l'intéressé est ou non en mesure de trouver un emploi lui procurant un salaire supérieur au tiers de la rémunéra-

tion habituelle des personnes de même formation jouissant de leur pleine capacité physique.

C'est dans ce sens qu'il y a lieu de comprendre la notion de l'invalidité, envisagée par les nouvelles dispositions de l'article 10 du décret-loi du 28 octobre 1935, et dans son avis du 21 juillet 1937, le Conseil Supérieur des Assurances sociales a cru devoir le souligner.

Jusqu'ici, les organismes d'assurances sociales ne paraissent pas, d'une façon générale, s'être pénétrés de cette récente conception pour apprécier le degré d'invalidité et, en vue d'assurer une unité indispensable de doctrine, il me paraît nécessaire de vous indiquer ci-après les règles suivant lesquelles le pourcentage d'invalidité doit être déterminé :

a) Le degré d'incapacité physique, s'il n'est pas le seul élément à prendre en considération pour apprécier l'invalidité, constitue néanmoins une indication importante pour la détermination du pourcentage d'incapacité du travail.

Il y a donc lieu de continuer à se référer, pour en tirer toute indication utile, au barème prévu par l'arrêté du 30 août 1933 modifié par l'arrêté du 17 juillet 1935, jusqu'à ce que soit intervenu le barème visé à l'article 10 (§ 2), du décret-loi du 28 octobre 1935.

Le degré d'incapacité physique doit être estimé, en ce qui concerne les incapacités survenues à la suite d'une maladie ou d'un accident ayant ouvert droit aux prestations de l'assurance-maladie, sans qu'il y ait à distinguer entre cette maladie ou cet accident et les maladies ou accidents antérieurs à la date d'entrée de l'intéressé dans l'assurance. Cette règle s'impose du

fait que l'incapacité est une et qu'il est le plus souvent très difficile de faire une discrimination entre les effets respectifs des maladies ou infirmités dont est atteint l'assuré. On fera ainsi une application élargie du principe qu'a posé la législation sur les Assurances sociales à l'égard des assurés dont l'état d'invalidité, ayant une origine militaire ou résultant d'un accident du travail, vient à s'aggraver pour une cause autre (1).

b) Le taux de l'incapacité physique une fois fixé, il y a lieu de procéder à une enquête en vue de rechercher si l'assuré a continué ou repris le travail, et de déterminer le salaire ou gain dont il jouit en réalité. Si cette enquête donne un résultat négatif, il conviendra de rechercher la formation de l'intéressé, sa profession antérieure, les possibilités de reclassement qui s'offrent à lui dans la même région, en vue de déterminer, compte tenu de son âge et de ces éléments, le salaire qu'il peut gagner dans la région. On ne saurait, en effet, déterminer ce salaire éventuel, sans tenir compte de la profession et de la formation antérieures de l'intéressé, qui conditionnent et limitent le nombre des emplois qu'il est susceptible de remplir ou auxquels il pourra s'adapter facilement. On ne saurait non plus obliger l'assuré à quitter la région où il travaillait habituellement et on doit donc examiner sa situation dans le cadre de cette région de façon à ne pas modifier profondément ses conditions d'existence.

Cependant, si la rareté des emplois que pourrait

(1) Toutefois si l'assuré a bénéficié pour un accident ne rentrant pas dans la catégorie des accidents de travail et n'ayant pas ouvert droit aux prestations d'assurances sociales, d'une rente à la charge du tiers responsable, le taux d'incapacité résultant de cet accident ne saurait entrer en compte ultérieurement pour le droit à la pension d'invalidité des assurances sociales.

exercer l'invalidité résulte d'une crise de chômage, il est évident que cette situation étant indépendante de l'état de l'assuré, ne saurait motiver l'attribution d'une pension d'invalidité.

Le salaire susceptible d'être gagné étant ainsi déterminé, on devra rechercher quel est le salaire habituel des personnes de même formation, jouissant de leur pleine capacité physique et travaillant dans la même région où l'invalidité avait son lieu de travail. La comparaison entre ces deux salaires permettra d'apprécier si l'assuré peut gagner plus que le tiers de la rémunération des travailleurs à considérer.

Mais qu'il s'agisse de déterminer le salaire éventuel de l'assuré, ou le salaire habituel des personnes de même formation, jouissant de leur pleine capacité physique et travaillant dans la même région, il va de soi que les organismes concourant à l'appréciation du taux de l'invalidité (caisses d'assurance-maladie, caisses d'assurance-vieillesse et invalidité, commissions régionales d'invalidité) ne sauraient se livrer à cet égard à des recherches dépassant le cadre des informations courantes. Il ne s'agit pas pour lesdits organismes de procéder à des enquêtes approfondies concernant chaque cas particulier, mais d'obtenir auprès des représentants de la profession, ou de professions voisines, des renseignements d'ordre général sur les possibilités d'embauchage de l'assuré invalide et sur les salaires pratiqués.

c) En vue d'évaluer le pourcentage d'invalidité, on devra faire état à la fois des indications résultant du barème fixé par arrêté ministériel et de celles qui se dégageront de la comparaison entre le salaire susceptible d'être gagné par l'assuré et le salaire habituel des

personnes de même formation jouissant de leur pleine capacité physique et travaillant dans la même région. C'est compte tenu de ces deux éléments d'information que le taux d'invalidité devra être fixé ou que, tout au moins, on devra déterminer si l'invalidité entraîne ou non une incapacité de travail au moins égale aux deux tiers.

Toutefois, quel que soit le taux d'incapacité physique ressortant de l'application du barème, ce taux ne saurait prévaloir contre les données de fait, lorsque l'assuré continue de travailler ou a repris un travail et bénéficie effectivement d'un salaire ou d'un gain et cela même si la profession nouvelle n'a aucun rapport avec la profession antérieure.

d) Afin de permettre aux commissions régionales d'invalidité de recueillir facilement et rapidement les informations qui leur seront nécessaires pour connaître le salaire susceptible d'être gagné par l'assuré et le salaire habituel des personnes de même formation jouissant de leur pleine capacité physique et travaillant dans la même région que l'intéressé, il m'a paru indispensable de compléter la composition de la Commission régionale d'invalidité.

Un arrêté en date du 27 novembre 1937 dispose que la Commission comprendra, outre les médecins qui la composent actuellement, l'inspecteur divisionnaire du travail ou son représentant.

Je vous prie de communiquer ces renseignements aux caisses primaires d'assurance maladie-maternité, aux caisses d'assurance-vieillesse et invalidité, aux organismes agricoles de l'assurance-maladie et de l'assurance-invalidité ayant leur siège dans la circonscription

de votre service, ainsi qu'à l'Union régionale des Caisses primaires et à la commission régionale d'invalidité. Je vous adresse, à cet effet, un nombre suffisant d'exemplaires de la présente circulaire.

J'ajoute que pour permettre à la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales de statuer en toute connaissance de cause sur les appels formés contre les décisions des commissions régionales d'invalidité, les pièces et mémoires remis par les parties devront contenir tous renseignements utiles susceptibles d'éclairer la section permanente sur la situation de l'assuré :

- a) Age ;
- b) Formation ;
- c) Profession antérieure ;
- d) Possibilités de reclassement dans la région ;
- e) Possibilités de rééducation ;
- f) Salaire ou gain effectif ;
- g) Salaire susceptible d'être gagné dans la profession antérieure ou dans une autre profession à l'intérieur de la même région ;
- h) Salaire habituel des personnes de même formation jouissant de leur pleine capacité physique et travaillant dans la région considérée ».

On peut donc conclure qu'actuellement l'invalidité n'est plus considérée en France comme l'atteinte à l'intégrité physique et que les barèmes en vigueur ne doivent être utilisés que comme une indication générale (1) : les médecins ayant à y apporter d'importants correc-

(1) Cf. Section Permanente du Conseil supérieur des Assurances Sociales. 31 Janvier 1938. Aff. n° 1036. Petit c/ Caisse Interprofessionnelle de la région du Nord.

tifs et à tenir compte notamment des possibilités de reclassement de l'invalidé sur le marché du travail de la région.

Ainsi, l'invalidité est aujourd'hui appréciée en France comme à l'étranger en fonction de l'incapacité générale de gain du travailleur.

Ceci posé, signalons que, pour les assurés titulaires d'une pension militaire d'invalidité qui réclament pour une affection différente de celle qui leur a ouvert droit à cette pension, le bénéfice de l'assurance-invalidité au titre des Assurances sociales, l'incapacité d'origine militaire entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité ouvrant droit à pension d'assurance (article 18, § 3, du décret-loi) (1).

Il en est de même des assurés qui sont titulaires d'une rente attribuée en application de la législation des accidents du travail (article 20, § 3, du décret-loi).

Dans l'une ou l'autre de ces hypothèses, la pension d'Assurances sociales, comme nous le verrons en étudiant la liquidation des pensions d'invalidité, est liquidée, s'il y a lieu, pour la différence entre la pension normale Assurances sociales et la pension militaire ou la rente d'accident.

Précisons, d'autre part, toujours au sujet de l'évaluation du pourcentage d'invalidité, que conformément aux termes de la circulaire ministérielle que nous avons citée précédemment (V. ci-dessus pages 37 et 38), les infirmités antérieures à l'immatriculation d'un salarié dans les Assurances sociales doivent être prises en con-

(1) Cf. Section Permanente du Conseil Supérieur des Assurances Sociales, 26 avril 1937. Affaire n° 383 C. c/ C.N.R.V. et 26 avril 1937. Affaire n° 462 D. c/ Caisse invalidité de la Fédération Mutualiste.

sidération pour l'appréciation de l'invalidité de cet assuré et ce nonobstant les instructions antérieures (réponse à question écrite n° 10.998 de M. APPOURCHAUX, *Journal Officiel* du 13-2-1935 ; réponse à question écrite n° 14.613 de M. COCHET, *Journal Officiel* du 31 janvier 1936, et Décisions de la Section permanente n°s 212 et 235 du 4 avril 1936, n° 270 du 4 juillet 1936, et 356 du 26 avril 1937) (1).

(1) La solution adoptée par la Section permanente a été critiquée par M. Pierre LARQUE dans le rapport dont il a été question précédemment. Voici le passage du dit rapport qui a trait aux infirmités préexistantes à l'entrée dans l'assurance :

« 1^{re} hypothèse : L'intéressé, au moment où il est entré dans l'assurance, était déjà atteint d'une infirmité ou maladie entraînant une incapacité de travail des 2/3. Il ne saurait alors en aucun cas bénéficier de l'assurance invalidité. Il n'aurait même pas dû en bonne logique être assujéti à l'assurance obligatoire, pas plus que ne le serait un travailleur âgé de plus de 60 ans.

2^{me} hypothèse : L'intéressé, au moment de son entrée dans l'assurance, était atteint d'une infirmité ou maladie entraînant une incapacité de travail inférieure aux 2/3. Ultérieurement il a été victime d'un accident ou a été atteint d'une maladie qui, sans entraîner à eux seuls une invalidité des 2/3 ont eu pour effet de porter à un taux supérieur à celui-ci l'invalidité globale de l'assuré.

La Section permanente s'est prononcée, à l'occasion d'une affaire *Vanbervliet* (Décision du 3 avril 1936) pour le refus de la pension d'invalidité à un assuré se trouvant dans cette situation. Elle a estimé que l'on ne pouvait faire état que des infirmités survenues postérieurement à l'entrée dans l'assurance.

Nous croyons cette solution inexacte, et cela en vertu même du principe d'après lequel l'assurance sociale invalidité n'a pas un but d'indemnisation, de réparation, mais tend à garantir à l'assuré incapable de pourvoir à sa subsistance un minimum de ressources. Peu importe l'état de l'assuré au moment où il entre dans l'assurance, dès lors qu'il n'était pas invalide au sens de la loi des assurances sociales. Le jour où il se prévaut de l'assurance invalidité, il n'y a pas à décomposer ses différentes invalidités et à rechercher l'origine de chacune : il convient seulement d'examiner si compte tenu de l'ensemble de ces infirmités, l'assuré conserve une capacité de travail supérieure au 1/3. Cette solution est imposée par la définition même de l'invalidité que nous avons dégagée de la loi : dès lors que cette définition ne repose pas exclusivement sur l'invalidité physique, dès lors qu'elle est notion sociale, s'appréciant d'après les possibilités de reclassement de l'assuré. Il devient impossible de fixer la part revenant à chaque infirmité dans l'invalidité globale de l'assuré. L'invalidité n'est pas le total des infirmités additionnées : elle est la traduction d'une situation indivisible s'appréciant plus en fonction de facteurs sociaux que de facteurs physiques.

Nous ajoutons d'ailleurs que si, à son entrée dans l'assurance, le travailleur avait déjà une capacité de travail diminuée, il a cotisé aux

Notons, enfin, qu'en cas d'infirmités multiples, chaque infirmité autre que la plus grave est considérée proportionnellement à la validité restante. Cette solution résulte de plusieurs décisions prises par la Section permanente du Conseil Supérieur des Assurances sociales (voir notamment : 4 avril 1936, affaire n° 242, Lo... c/ Caisse Interprofessionnelle de Vieillesse et Invalidité) : la solution admise par la Section permanente dans cette décision étant conforme aux prescriptions du barème pour l'application de la loi du 31 mars 1919 (voir ce barème Edition 1933, pages 124 et suivantes, Mode d'évaluation des infirmités multiples).

assurances sociales d'après un salaire inférieur au salaire qu'il aurait normalement perçu, sa pension calculée en fonction de ce salaire, sera donc, elle aussi, inférieure à la pension qu'il eût obtenue si l'ensemble des infirmités étaient survenues après l'entrée aux assurances sociales.

En droit comme en équité la solution de la décision *Vanbervliet* nous paraît donc devoir être abandonnée. »

C'est cette opinion, fonction comme le souligne l'auteur, de la définition donnée de l'invalidité, qui a entraîné l'adhésion ministérielle.

CHAPITRE II

CONDITIONS ADMINISTRATIVES REQUISES

I. — MINIMUM DE DURÉE D'IMMATRICULATION

Comme l'ont fait toutes les législations étrangères (voir ci-dessus Titre I, Chapitre II) le décret-loi du 28 octobre 1935 a prévu que l'assuré ne pourrait demander les prestations de l'assurance-invalidité avant d'avoir accompli un stage dans l'assurance.

L'article 10, § 4, du décret-loi dispose, en effet :

« Pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, « l'assuré doit avoir été immatriculé depuis deux ans « au moins au début du trimestre civil au cours duquel « est survenu la maladie ou l'accident ».

La règle ainsi édictée est nette et ne demande aucun commentaire particulier (1). Signalons simplement qu'elle reproduit en l'aggravant la règle qui avait été fixée par l'article 11 de la loi du 5 avril 1928 modifiée

(1) Pour le droit aux prestations, en cas d'immatriculation avec effet rétroactif, voir arrêt de la Chambre Civile de la Cour de Cassation, 6 juillet 1936. Affaire Caisse départementale de la Haute-Garonne c/ Pitet et Comet. Voir également une réponse du Ministre du Travail à une question n° 4.659 de M. SCLAFER, député (*Journal Officiel du 7 Décembre 1937*).

et selon laquelle l'assuré ne pouvait bénéficier de l'assurance-invalidité qu'autant qu'il comptait deux années d'immatriculation au jour de la constatation de sa maladie.

Rappelons, en outre, qu'aux termes des différents décrets de coordination des régimes spéciaux d'assurance des salariés des entreprises énumérées à l'article 23 du décret-loi, la période d'affiliation à ces régimes doit, le cas échéant, être considérée comme une période d'affiliation au régime général des Assurances sociales.

II. — MINIMUM DE VERSEMENTS

Il ne suffit pas que l'assuré ait effectué dans l'assurance un stage de deux années, il faut encore qu'au cours de ce stage, il ait fait preuve d'une activité ouvrière normale et que, par suite, l'examen de son compte individuel d'assurance fasse ressortir une certaine régularité de versements.

C'est pourquoi l'article 10, § 4, du décret-loi a prévu que, pour invoquer le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré doit avoir subi sur son salaire, une retenue au moins égale à 60 francs au cours de chacune des deux années précédant la maladie, sous réserve des dispositions de l'article 7, § 6.

Or, l'article 7, § 6 du décret-loi dispose que, pour l'appréciation des droits d'un assuré, il est tenu compte des cotisations qui sont versées pour le compte dudit assuré en exécution de l'article 7 § 5 et des articles 9 § 9, 15 § 1 et 20 § 5.

Il s'agit ici de toutes les cotisations qui sont versées par différents organismes en raison d'une situation spéciale de l'intéressé.

L'article 7 § 5 vise la cotisation forfaitaire qui est versée par les Caisses d'assurance-maladie pour les assurés dont la maladie s'est prolongée au-delà d'un mois.

L'article 9 § 9 vise la cotisation qui est versée pour les assurées bénéficiaires de l'assurance-maternité.

L'article 15 § 1 vise la cotisation forfaitaire mise à la charge des offices de placement pour les assurés en chômage, et l'article 20 § 5, la cotisation dont le paiement incombe, en cas d'accident du travail de l'assuré, soit à l'employeur, soit à l'assureur qui lui est substitué.

Notons en outre que, bien que le décret-loi ne l'ait pas formellement prévu, il conviendra de tenir compte, le cas échéant, pour l'appréciation des droits de l'assuré au bénéfice de l'assurance-invalidité, de la cotisation prévue en faveur des pensionnés pour invalidité par les articles 10 § 14 du décret-loi et 44 § 1 du règlement général du 19 mars 1936.

Par ailleurs, il convient de rappeler à ce sujet, les dispositions de l'article 22 du décret-loi relatif aux assurés appelés sous les drapeaux et dont la situation a été définie comme suit :

« *Paragraphe 1.* — Les versements pour assurance et les avantages qu'ils garantissent sont suspendus pendant la période militaire ou en cas d'appel sous les drapeaux.

« *Paragraphe 2.* — Toutefois, l'assuré qui, à son départ, remplit les conditions légales de versement, peut recevoir éventuellement la pension d'invalidité prévue à l'article 10 si la réforme est prononcée pour maladie

ou infirmité contractée en dehors du service et ne donnant pas lieu de ce fait à l'attribution d'une pension militaire (1).

« *Paragraphe 3.* — A son retour dans ses foyers, il est considéré comme ayant subi pendant la période du service militaire, le minimum légal de retenues ouvrant droit aux prestations de l'assurance-maladie (15 francs par trimestre) ».

Enfin, une disposition analogue se rencontre pour la période passée sous un régime spécial d'assurance dans les différents décrets de coordination qui ont réglé la situation des salariés des entreprises énumérées à l'article 23 du décret-loi.

Ainsi se présente la question du minimum de versements exigé des bénéficiaires éventuels de l'assurance-invalidité.

La solution adoptée, sur ce point, par le décret-loi, a très justement innové sur celle qui avait été adoptée dans les textes primitifs.

La loi du 5 avril 1928 modifiée par celle du 30 avril 1930 avait prévu en effet (article 11) que, pour invoquer valablement le bénéfice de l'assurance-invalidité, l'assuré devait posséder à son compte durant les deux ans précédant le début de l'affection ou l'accident, des versements correspondant à 480 cotisations journalières dans la catégorie d'assurance où il avait été placé par le service régional.

Cette disposition avait pour effet d'exiger des assurés au cours des deux années précédant la maladie une

(1) Cf. réponse à question écrite n° 4575 de M. Edouard ROUSSEL, sénateur. *J. O.* du 2 Février 1933.

grande régularité de versements, puisque la moyenne des cotisations exigées ressortait à 20 journées de cotisations par mois.

Mais ce système présentait un inconvénient très grave à notre sens, car il aboutissait à permettre à un assuré de 1^{re} catégorie d'obtenir le bénéfice de l'assurance-invalidité s'il avait effectué au cours de chacune des deux années considérées des versements vieillesse s'élevant à 60 francs alors qu'au contraire, un assuré cotisant dans une catégorie supérieure, pouvait se voir refuser le bénéfice de l'assurance bien que ses versements dépassent largement ce chiffre.

La somme qui, sous le régime de la loi du 5 avril 1928 correspondait à ce minimum de 240 cotisations, était en effet :

60 francs	pour les assurés de 1 ^{re} catégorie
120	— — 2 ^{me} catégorie
180	— — 3 ^{me} catégorie
240	— — 4 ^{me} catégorie
400	— — 5 ^{me} catégorie

Ainsi, par exemple, un assuré de 5^{me} catégorie qui aurait versé au cours des deux années de référence une somme de 795 francs au titre de l'assurance-vieillesse n'aurait pas obtenu le bénéfice de l'assurance-invalidité alors qu'un assuré de la 1^{re} catégorie n'ayant versé que 120 francs aurait pu valablement faire reconnaître son droit à pension.

C'est pour remédier à cet inconvénient que le décret-loi du 28 octobre 1935 qui, par ailleurs, a supprimé le classement des salariés en catégories, a fixé la règle d'ouverture du droit aux prestations d'invalidité dès

que la retenue sur le salaire atteignait la somme de 60 francs au cours de chacune des deux années précédant la maladie.

III. — SITUATION PARTICULIÈRE DES ASSURÉS DONT LES COTISATIONS ONT ÉTÉ VERSÉES APRÈS SURVENANCE DU RISQUE

En procédant à la vérification des versements inscrits au compte de l'assuré au cours des deux années précédant la constatation de la maladie, la Caisse invalidité ne doit pas manquer de vérifier si ces versements ont été effectués avant la survenance du risque, c'est-à-dire avant la première constatation de l'affection.

Il arrive, en effet, que l'employeur qui a la charge de l'acquittement de la double contribution (article 2, § 1^{er}, du décret-loi) n'exécute pas cette obligation, soit que l'ouvrier s'oppose au précompte, soit qu'au contraire, le précompte étant régulièrement effectué, l'employeur conserve indûment les sommes qu'il a retenues lors de chaque paye.

Dans l'une ou l'autre de ces hypothèses, l'assuré qui prétend à l'attribution des prestations des Assurances sociales et ne peut les obtenir faute de versements, fait régulariser sa situation et réitère sa demande.

La question se pose, alors, de savoir si la Caisse doit attribuer ces prestations ou si, au contraire, arguant de l'irrégularité commise, elle peut opposer un refus à l'assuré.

Sous l'empire de la loi du 5 avril 1928, modifiée par celle du 30 avril 1930, aucun texte précis n'avait prévu cette situation ; aussi, des litiges ne tardèrent pas à être élevés et de nombreux arrêts de la Cour de Cassation

intervinrent en cette matière (Cass. Civ 6 février 1933, deux arrêts ; 10 mai 1933, 1^{er} juin 1934, etc...).

De cette jurisprudence, il résulte qu'en cas de versement tardif de ses cotisations, l'assuré pouvait exiger des Caisses le paiement des prestations qui lui étaient dues, si ces cotisations avaient été régulièrement précomptées en temps opportun et si les intérêts de retard correspondants avaient été acquittés.

Cette solution ne peut qu'être approuvée sans réserve.

Il aurait été anormal, en effet, que l'ouvrier qui, lors de chaque paye, avait régulièrement subi la retenue prévue par la loi sur les Assurances sociales, puisse se voir refuser les prestations instituées par ladite loi sous le prétexte que son patron avait indûment conservé les sommes retenues. Certes, il aurait pu, le cas échéant, poursuivre son employeur en paiement des prestations qui lui auraient été refusées par sa Caisse, mais les lenteurs et les difficultés de la procédure civile auraient vraisemblablement découragé par avance la plupart des assurés qui auraient renoncé à leur action et, ainsi, auraient été frustrés de leurs droits.

Telle n'était pas la situation des assurés qui s'étaient opposés au précompte ou qui, tout au moins, ne l'avaient pas subi et n'avaient pas protesté. La régularisation rétroactive de leurs versements à risque ouvert, c'est-à-dire après constatation de la maladie, si elle leur avait ouvert droit au paiement des prestations par leur Caisse d'assurance, aurait gravement compromis non seulement l'équilibre financier de la loi, mais encore le principe même de l'assurance : les assurés pouvant, d'accord avec leur employeur, attendre d'avoir à deman-

der des prestations pour effectuer les versements strictement nécessaires à l'ouverture de leurs droits.

Aussi la Cour de Cassation avait-elle décidé très justement qu'en cas de versement des cotisations après survenance du risque les caisses d'assurance étaient tenues de payer les prestations habituelles sous réserve que soient remplies les trois conditions ci-après :

1° Précompte régulièrement effectué en temps utile, c'est-à-dire lors de chaque paye, sur le salaire de l'intéressé.

2° Cotisations entièrement versées (ouvrières et patronales).

3° Intérêts de retard correspondants acquittés (1).

La seule difficulté pratique soulevée par cette jurisprudence résidait dans les justifications à produire par le requérant pour établir le précompte : ce point étant laissé à l'appréciation des Caisses ou des services régionaux et, le cas échéant, des tribunaux.

Aussi, tout en consacrant la jurisprudence de la Cour de Cassation, l'article 21, § 5, du décret-loi a cherché à supprimer la difficulté dont nous vous venons de faire état.

Aux termes de ce texte, en effet :

« Le versement des cotisations arriérées augmentées
« des intérêts de retard n'ouvre pas droit aux presta-
« tions des assurances maladie, maternité, invalidité et
« décès pour les risques dont la réalisation s'est pro-

(1) Voir à ce sujet, un arrêt de la Chambre civile de la Cour de Cassation rendu dans une affaire « Caisse Départementale des Assurances Sociales du Gard c/ Borne », le 1^{er} juin 1934, indiquant « qu'il importait peu pour la Caisse que les intérêts de retard soient payés par l'assuré et postérieurement au jugement ».

« duite avant ce versement. Toutefois, si l'ouvrier ou
« l'employé justifie de sa qualité d'assuré et s'il pro-
« duit les pièces prévues par l'article 44 A du livre I^{er}
« du Code de travail sur lesquelles doit figurer le mon-
« tant de la rémunération gagnée par lui et le montant
« des réductions opérées sur cette rémunération, la
« Caisse à laquelle il est affilié ne peut lui refuser le
« bénéfice des prestations correspondant aux retenues
« constatées sur les dites pièces si l'intéressé s'est sou-
« mis en temps utile à son contrôle ».

Cette disposition est fort nette et elle exclut, en principe au moins, toute divergence d'interprétation. Mais dans la pratique, des difficultés se sont présentées du fait que, d'une part, certains employeurs dont les salariés sont assurés sociaux ne sont pas assujettis aux prescriptions de l'article 44 A susvisé et que, d'autre part, même dans les entreprises qui y sont assujetties, nombreuses sont celles où les dispositions de cet article ne sont pas respectées.

Aussi, le Ministre du Travail a-t-il adressé aux Caisse d'assurance ainsi qu'aux services régionaux, une circulaire en date du 25 mai 1937 (N° 47 de l'Administration générale) pour les inviter à accepter comme preuve de la réalité du précompte « tous moyens reconnus valables ».

Quant à l'assuré qui n'a pas subi le précompte ou qui ne peut en administrer la preuve, il ne pourra, même après régularisation de ses versements, demander à sa Caisse d'assurance, le paiement des prestations, auxquelles il aurait pu prétendre et il n'aura d'autre recours que celui d'exercer à l'encontre de son employeur une action en paiement d'indemnité pour répa-

ration du préjudice causé suivant les règles du droit commun (application des articles 1382 et suivants du code civil) (1).

(1) Voir à ce sujet sous l'empire de l'ancienne législation, un arrêt de la Cour de Cassation, Chambre Civile, 3 février 1937 (Affaire Marchal c/ Veuve Rousson), indiquant : « que la compétence des juridictions spéciales chargées de connaître les difficultés soulevées par l'application de la loi sur les Assurances Sociales, ne s'étend pas aux contestations qui, bien que se rattachant à cette législation, concernent l'application des règles de droit commun notamment de celle inscrite dans l'article 1382 du Code Civil ».

Voir également plusieurs décisions — qui nous paraissent contestables — rendues par la Commission départementale de la Seine (notamment 17 novembre 1937, Debon c/ Isambert et C.N.R.V.), indiquant qu'en application du décret-loi, les mêmes juridictions sont compétentes pour connaître de l'action intentée par un assuré en paiement de prestations, à l'encontre de son employeur qui n'avait pas versé les cotisations en temps utile.

CHAPITRE III

CONSTITUTION ET INSTRUCTION DU DOSSIER PAR LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE TRANSMISSION A LA CAISSE D'ASSURANCE INVALIDITE

Avant d'exposer la procédure suivie pour la constitution et l'instruction du dossier de demande de pension d'invalidité, nous rappellerons brièvement le rôle de chacun des organismes dont il sera question au cours de l'étude que nous nous proposons de poursuivre.

Les services régionaux sont chargés de l'immatriculation des assurés, de leur radiation, de leur affiliation aux Caisses d'assurance, de la réception des versements, de l'inscription de ces versements à un compte individuel, de leur ventilation aux Caisses d'assurance, de la surveillance des employeurs, etc...

Les Caisses dites Caisses de répartition ou Caisses d'assurance maladie maternité dispensent à leurs adhérents les prestations en espèces et en nature des assurances maladie et maternité (1).

(1) Voir Règlement type d'administration intérieure de ces caisses d'assurance maladie et maternité. Arrêté du 30 janvier 1937 (*Journal Officiel* du 5-2-1937).

Voir également décret du 29 juillet 1936 sur la comptabilité des caisses d'assurances sociales et de leurs unions.

Les Caisses de capitalisation sont tenues au service des prestations des assurances vieillesse, invalidité (sous réserve des prestations à la charge des unions régionales) et décès. Notons à ce sujet que certaines Caisses de capitalisation ne pratiquent pas l'assurance du risque invalidité et que les adhérents de ces organismes sont assurés pour le risque d'invalidité à une Caisse admise à fonctionner comme Caisse d'invalidité (article 28 § 12 du décret-loi du 28 octobre 1935).

Les Unions régionales des Caisses maladie-maternité instituées par l'article 30 § 1^{er} du décret-loi assurent le service des soins aux invalides et paient, en outre, aux lieu et place des Caisses de capitalisation, les rentes d'invalidité pendant 5 ans à compter de la date d'entrée en jouissance.

Tous ces organismes concourent à l'application de l'assurance-invalidité dans des conditions que nous examinerons au fur et à mesure de nos développements.

Reprenons maintenant l'examen de la situation de l'assuré qui, ayant épuisé ses droits au bénéfice de l'assurance-maladie, prétend à l'attribution des prestations de l'invalidité.

L'article 30 du règlement général du 19 mars 1936 dispose :

Paragraphe 1. — « L'assuré qui prétend au bénéfice de l'assurance-invalidité en application de l'article 10, § 1^{er}, du décret-loi du 28 octobre 1935, adresse sa demande à sa Caisse d'assurance-maladie. Celle-ci transmet cette demande, en y donnant son avis, dans le délai d'un mois à dater de la réception, à la Caisse d'assurance-invalidité à laquelle est affilié l'intéressé. Elle notifie cette transmission au Service régional aux

fins de complément du dossier, ainsi qu'à l'Union Régionale ».

Paragraphe 2. — « Le modèle de la demande et les pièces à y annexer sont déterminés par le Ministre du Travail ».

Ainsi, c'est la Caisse d'assurance-maladie à laquelle l'assuré est affilié qui est chargée de constituer son dossier de demande de pension d'invalidité.

On ne conçoit pas très bien, a priori, l'intérêt de cette intervention d'un organisme qui, en définitive, n'est pas directement intéressé à l'attribution ou au refus des prestations invalidité. Mais, en y regardant de plus près, on s'aperçoit que cette procédure présente de multiples avantages. Tout d'abord pour l'assuré, qui est en relations constantes avec sa Caisse d'assurance-maladie puisqu'au moment de la souscription de sa demande de pension, il a ou va avoir épuisé ses droits au bénéfice de cette assurance. De plus, les Caisses d'assurance-maladie ont généralement une circonscription limitée (en principe un ou deux départements) et mieux, dans de nombreux cas, ont placé dans chaque commune ou chaque groupe de communes un correspondant local, ce qui facilite considérablement les relations qu'elles entretiennent avec leurs adhérents.

Les Caisses de capitalisation, au contraire, ont une circonscription beaucoup plus vaste, leur compétence s'étendant même pour plusieurs d'entre elles à l'ensemble du territoire. Aussi, y avait-il un intérêt pratique évident à charger la Caisse d'assurance-maladie de fournir à l'assuré les indications susceptibles de lui permettre de constituer rapidement et régulièrement son dossier de pension d'invalidité.

Mais, cette mesure n'a pas pour seul avantage de faciliter les démarches de l'assuré. En prévoyant que le dossier serait constitué, en quelque sorte, sous la surveillance de la Caisse d'assurance-maladie, — ce qui assure la constitution régulière de la quasi-totalité des dossiers, — le législateur a prescrit que ce dossier serait déposé au siège de la Caisse de répartition qui le transmettrait dans le délai d'un mois à la Caisse d'assurance-invalidité en y joignant son avis.

C'est là une prescription judicieuse, car l'avis de la Caisse maladie qui a été appelée à dispenser des prestations à l'assuré pendant une période dont la durée n'est que rarement inférieure à six mois (1), sera particulièrement précieux pour la Caisse invalidité.

D'autant plus que, pour pouvoir donner un avis autorisé la Caisse d'assurance-maladie se trouvera dans l'obligation de solliciter l'opinion de son médecin contrôleur et, par conséquent, de fournir à la Caisse d'assurance-invalidité des éléments qui lui permettront, dans de nombreux cas, de prendre une décision sur pièces, c'est-à-dire sans faire effectuer un nouvel examen de l'intéressé par un de ses propres médecins contrôleurs (2).

La Caisse maladie procède donc à une instruction préliminaire de chaque dossier d'invalidité et elle trans-

(1) En cas d'accident, lorsque la consolidation est acquise avant l'expiration de ce délai.

(2) Sous l'empire des lois des 5 avril 1923, 30 avril 1930, l'arrêté du 1^{er} décembre 1932, qui avait fixé le modèle de demande de pension d'invalidité et des pièces à y annexer, avait formellement prévu :

« Après instruction de cette demande, la Caisse d'assurance maladie transmet le dossier, avec un rapport de son médecin de contrôle..., etc ».

Bien que devenues caduques depuis la mise en application du décret-loi, les prescriptions de ce texte n'en continuent pas moins à être suivies, notamment en ce qui concerne la rédaction des imprimés (voir chapitre IV).

met ensuite le dossier à la Caisse invalidité de l'intéressé, c'est-à-dire, en principe, à la Caisse capitalisation à laquelle elle a décidé d'affilier ses adhérents (article 28 § 5 du décret-loi). Elle notifie cette transmission au Service régional aux fins de complément du dossier ainsi qu'à l'Union régionale.

Le service régional qui reçoit cette notification doit immédiatement adresser à la Caisse invalidité un relevé des cotisations inscrites au compte de l'intéressé (duplicate de la fiche comptable).

Quant à l'Union régionale, la notification qui lui est adressée a pour but, d'une part, de permettre à l'Union de décider s'il y a lieu de dispenser les soins que nécessite l'état de l'assuré jusqu'à intervention de la décision et, en outre, de l'aviser qu'elle pourra être appelée éventuellement, à assumer la charge d'une pension.

Ainsi se trouve terminé le rôle de la Caisse d'assurance-maladie. Mais la question s'est posée de savoir si les Caisses maladie ne pouvaient procéder à une instruction plus complète et, le cas échéant, rejeter les demandes souscrites par des assurés ne paraissant pas remplir les conditions pour pouvoir bénéficier de l'assurance-invalidité. Une réponse affirmative avait été donnée à cette question par le Ministère du Travail sous l'empire des lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930. Mais, il semble bien que cette théorie ait été abandonnée en raison du danger que peut présenter pour la Caisse d'assurance-maladie un rejet injustifié.

La Cour de Cassation, en effet, a jugé dans une affaire Caisse départementale des Assurances sociales de la Loire c/ Jeandros (Chambre Civile, 10 décembre 1935), que la Caisse primaire de répartition qui n'a pas

transmis à la Caisse de capitalisation la demande de pension d'invalidité d'un assuré, motif pris de ce qu'elle croyait que l'assuré ne remplissait pas les conditions requises, « est réputée avoir pris utilement à sa charge les obligations de la Caisse d'assurance-invalidité et est tenue de verser à l'assuré les prestations invalidité sauf à se retourner contre cette Caisse ».

Quant aux modèles des demandes de pension et des imprimés à y annexer, ils ont été fixés par l'arrêté du 1^{er} décembre 1932 ; aucune modification n'y a été apportée depuis cette date. (Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question au cours du prochain chapitre).

CHAPITRE IV

INSTRUCTION DU DOSSIER PAR LA CAISSE D'ASSURANCE-INVALIDITE

Le dossier constitué par la Caisse maladie qui est transmis à la Caisse d'assurance-invalidité, comprend :

1° La demande de pension dont l'imprimé (v. modèle annexé à l'arrêté du 1^{er} décembre 1932) énumère les pièces justificatives à exiger de l'assuré et prévoit un certain nombre de renseignements qui sont ou seront utiles à la Caisse d'assurance-invalidité, savoir :

a) Le salaire perçu par l'assuré au cours des quatre trimestres précédant celui au cours duquel sa maladie a été constatée ;

b) Si l'assuré travaille au moment de la souscription de sa demande, son salaire actuel ainsi que le nom et l'adresse de son employeur ;

c) Si l'invalidité résulte d'un accident qui ne soit pas un accident du travail et que le dit accident soit imputable à un tiers, le nom et l'adresse de ce tiers responsable ;

d) Si l'assuré est titulaire d'une rente d'accident du

travail ou d'une pension attribuée en application de la législation sur les pensions de guerre, le pourcentage d'invalidité correspondant et le montant de la rente ou de la pension ;

e) Si l'assuré a été placé au cours des deux années précédant la maladie sous le régime des pensions civiles et militaires ou sous un des régimes spéciaux de retraites prévus à l'article 23 du décret-loi, la pension immédiate ou différée qui a pu lui être attribuée à ce titre ;

f) Si l'invalidité a été contractée pendant le service militaire, confirmation que cette infirmité n'a pas ouvert droit à pension militaire.

2° Un certificat médical établi par le médecin traitant sur imprimé dont le modèle a été fixé par l'arrêté du 25 novembre 1932 ;

3° La carte d'immatriculation de l'intéressé ;

4° Un extrait de son acte de naissance ;

5° S'il est titulaire d'une rente pour accident du travail ou d'une pension militaire, une copie certifiée conforme de son titre de rente ou pension ;

6° S'il a des enfants à charge, dans le sens fixé à l'article 14 § 1 du décret-loi, un extrait d'acte de naissance de chacun d'eux.

A ces pièces fournies par l'intéressé, la Caisse maladie a joint :

1° Un rapport et avis (voir modèle prévu également par l'arrêté du 1^{er} décembre 1932) qui précise les dates extrêmes d'attribution des prestations maladie, la date du dépôt de la demande, différentes indications utiles pour la Caisse d'assurance-invalidité (notamment si l'assuré peut se déplacer pour se soumettre à un con-

trôle médical), et enfin l'avis motivé de la Caisse d'assurance-maladie sur la suite à donner à la demande de pension ;

2° Le rapport qui aura été généralement établi par le médecin-contrôleur de la Caisse d'assurance-maladie et qui a servi de base à l'avis donné par cette Caisse.

Le dossier ainsi constitué est complété par la copie de la fiche comptable qui, ainsi que nous l'avons indiqué au cours du précédent chapitre, est adressée à la Caisse invalidité par le Service régional.

La Caisse va, alors, poursuivre son instruction à un double point de vue : administratif et médical. Ensuite, s'il y a lieu, elle liquidera la pension.

I. — INSTRUCTION ADMINISTRATIVE

Avant d'examiner si le requérant remplit les conditions de durée d'immatriculation et de versements exigées pour pouvoir prétendre au bénéfice de l'assurance-invalidité, la Caisse d'assurance doit se préoccuper de vérifier si l'assuré qui a souscrit la demande est bien un de ses affiliés pour le risque d'invalidité et, dans l'affirmative, s'il lui appartient de supporter la charge des arrérages de la pension éventuelle.

Les Caisses d'assurance-maladie, en effet, ont été appelées à choisir la Caisse d'assurance à laquelle seraient affiliés leurs adhérents pour les risques de capitalisation (article 28 § 5 du décret-loi) (1). C'est donc naturellement à la Caisse de capitalisation qu'elle aura choisie, que la Caisse d'assurance-maladie transmettra les dossiers de demande de pension d'invalidité

(1) Sous réserve de l'exception prévue au paragraphe 11 du même article.

constitués par ses adhérents. Mais, il peut se faire qu'une Caisse invalidité soit saisie par une Caisse maladie qui lui est jumelée, de dossiers qui ne la concernent pas — par exemple de dossiers constitués par des salariés appartenant à l'un des régimes spéciaux d'assurance énumérés à l'article 23 du décret-loi et cotisant aux Assurances sociales pour les seuls risques de répartition — soit, au contraire, qu'elle reçoive de Caisses qui ne lui sont pas jumelées des dossiers qui la concernent — assurés appartenant à une Caisse maladie jumelée avec une Caisse de capitalisation qui ne pratique pas l'assurance du risque invalidité (art. 28 § 12 du décret-loi).

Cette première vérification terminée, la Caisse invalidité doit examiner si, en cas d'attribution de pension, elle devra assumer la charge des arrérages après les cinq premières années d'invalidité.

L'article 9 § 1^{er} du décret-loi dispose, en effet :
« l'adhésion de l'assuré à une Caisse d'assurance est
« valable pour deux ans, sauf le cas où l'assuré change
« de lieu de travail. Cette adhésion, qui se renouvelle
« par tacite reconduction, ne peut produire effet au
« regard de la nouvelle Caisse désignée par l'assuré,
« qu'autant que ce dernier remplit, pour chaque risque,
« les conditions légales d'immatriculation et de verse-
« ments ».

Il résulte de ce texte qu'une Caisse d'assurance-invalidité n'assumera la charge du service des prestations susceptibles d'être attribuées à un assuré, qu'autant que cet assuré aura, lors de la constatation de ses droits, (fin du trimestre civil précédant celui du début de la maladie) deux années entières d'affiliation.

Mais, l'article 114 du règlement général du 19 mars 1936 précise :

Paragraphe 4. — « Lorsque l'assuré est susceptible d'avoir ou d'ouvrir droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès et que les conditions légales d'immatriculation et de versements ne sont pas remplies par lui au regard de la Caisse à laquelle il appartient, les prestations sont servies par cette Caisse pour le compte de la Caisse à laquelle il était affilié en dernier lieu, quelle que soit la durée de son affiliation ».

La règle est nette et son application ne souffre pas de difficultés. Une Caisse d'assurance-invalidité est tenue à la liquidation et au service des prestations à un assuré dès son adhésion, mais elle n'en assume la charge qu'autant que l'assuré remplit vis-à-vis d'elle les conditions de durée d'immatriculation et de versements exigées par la loi pour bénéficier de l'assurance-invalidité.

Cette question étant résolue, la Caisse poursuit l'instruction du dossier en vérifiant si l'assuré remplit les conditions administratives requises pour pouvoir prétendre au bénéfice de l'assurance-invalidité, savoir : réunir deux ans d'immatriculation au premier jour du trimestre civil au cours duquel la maladie a été constatée ; avoir subi par précompte sur son salaire une retenue correspondant au moins à 60 francs pour chacune des deux années précédant le début de la maladie.

Cette vérification sera relativement simple : la date d'inscription de l'intéressé aux Assurances sociales figure sur la carte d'immatriculation qui est jointe au dossier, la date de première constatation de l'affection est mentionnée sur le rapport avis de la Caisse maladie.

Quant au précompte subi par l'assuré au cours de chacune des années considérées, la Caisse s'en tiendra aux cotisations constatées sur la copie de la fiche comptable, réserve étant faite que, s'il résulte de l'examen de ce document, que les cotisations inscrites au compte ont été versées après survenance du risque, la Caisse d'assurance-invalidité devra se préoccuper de la réalité du précompte et du versement des intérêts de retard (voir ci-dessus, titre II, chapitre II, § C).

Enfin, la Caisse invalidité aura à examiner, le cas échéant, si la maladie ou la blessure qui a entraîné l'invalidité n'a pas été provoquée volontairement par l'assuré : l'article 25 § 2 dont la rédaction est identique à celle de l'article 8 § 2 de la loi du 5 avril 1928, tout en ayant une portée plus générale, disposant que « ne donnent lieu à aucune prestation en argent, les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré » (1).

II. — INSTRUCTION MÉDICALE

Nous avons vu que l'assuré qui prétend aux prestations de l'assurance-invalidité doit non seulement remplir certaines conditions administratives, mais encore être atteint d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail.

Après l'instruction administrative, ou simultanément, la Caisse d'assurance-invalidité va donc procéder à une instruction médicale en vue de déterminer le

(1) Constitue la faute intentionnelle de l'assuré indépendamment de la faute volontaire commise dans la perpétration d'une infraction pénale, l'acte illicite intentionnel lorsqu'il a occasionné la maladie, les blessures ou l'infirmité de l'assuré.

(Cour de Cassation, Chambre Civile, 8 juillet 1936, affaire Mays c/ Caisse Régionale de Secours Mutuels Agricoles du bassin de l'Adour).

pourcentage de l'invalidité dont était atteint l'assuré lors de la souscription de sa demande de pension.

Pour ce faire, la Caisse invalidité communique le dossier à son médecin contrôleur et en particulier le certificat du médecin traitant ainsi que les renseignements d'ordre médical qui, généralement, ont été fournis par la Caisse d'assurance-maladie.

Le médecin contrôleur de la Caisse d'assurance-invalidité donne son avis sur pièces ou s'il le juge utile procède ou fait procéder par un confrère à un contre-examen de l'assuré (article 31 du règlement général du 19 mars 1936). Ce contre-examen a lieu au cabinet du médecin si l'assuré peut se déplacer ou au domicile du malade dans le cas contraire (1).

Après cette contre-visite, le médecin contrôleur de la Caisse d'assurance-invalidité donne son avis sur la

(1) En cas d'examen au cabinet du médecin et si l'assuré doit quitter la commune où il réside pour répondre à la convocation de la Caisse, il peut prétendre à des frais de déplacement dont le tarif est fixé par arrêté du Ministre du Travail (art. 10, par. 10-12 du décret-loi). Cet arrêté n'ayant pas été promulgué, les frais sont toujours remboursés suivant les modalités adoptées sous l'empire des lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930 (Réponse à question écrite n° 14.651 de M. Charles-Louis COUTEL, *Journal Officiel* du 21 mars 1936), c'est-à-dire :

a) une indemnité kilométrique (prix du transport en 3^{me} classe, aller et retour, sur les grands réseaux de chemins de fer) ; ;

b) une indemnité de séjour si la durée de l'absence nécessaire dépasse 3 heures ;

c) une indemnité de cessation de travail s'il est reconnu que l'assuré a dû interrompre son travail pour répondre à la convocation.

Quand au contraire, c'est le médecin qui se rend au domicile du malade, il a droit en dehors de ses honoraires, à une indemnité de déplacement qui, en l'absence de toute précision, peut être liquidée d'après le tarif de remboursement qui avait été prévu par la Caisse Générale de Garantie en faveur des médecins des Caisses de répartition (circulaire du 20 mars 1934), savoir :

0,75 par kilomètre parcouru ;

1,25 par kilomètre dans les pays de montagne (pour la définition des « pays de montagne », se référer aux arrêtés ministériels des 26 octobre 1931 et 13 février 1933.

Mais les caisses d'invalidité ont évidemment la possibilité après accord avec les unions régionales, de prévoir en faveur de leurs médecins un tarif de déplacement plus avantageux.

nature et les conséquences de l'affection ou de l'infirmité de l'assuré. Au vu de cet avis, la Caisse statue (1).

Elle apprécie si l'assuré est atteint d'une réduction de sa capacité de travail égale au moins aux deux tiers et également, lorsque l'intéressé est déjà titulaire d'une rente pour accident du travail ou d'une pension militaire, si l'aggravation est imputable ou non à la cause qui a ouvert droit à la dite rente ou pension. Si le taux d'incapacité atteint les deux tiers, et si aucune des imputabilités visées ci-dessus n'est retenue, la Caisse poursuit la liquidation de la pension. Dans le cas contraire, elle notifie le rejet de la demande.

Néanmoins, si l'affection de l'assuré, tout en n'entraînant pas une incapacité de travail des deux tiers, laisse présager une invalidité future, la Caisse d'assurance-invalidité peut s'entendre avec l'Union régionale pour accorder à titre de soins préventifs les prestations en nature pendant un délai de six mois en suspendant pendant le même délai la décision relative à l'attribution de la pension. Cette mesure peut être exceptionnellement renouvelée pour un nouveau délai de six mois au maximum (article 33 du règlement général du 19 mars 1936).

Quelle que soit la décision de la Caisse invalidité, elle doit être notifiée, par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, tant à l'intéressé qu'à l'Union régionale. Notons, cependant, que s'il s'agit d'une décision reconnaissant le droit à pension, la notification correspondante est adressée avec la notification du montant de la pension (2).

(1) Cette décision doit intervenir dans le délai d'un mois à compter de la date de réception du dossier (Règlement général du 19 mars 1936, art. 32, § I).

(2) Les modèles de notification ont été fixés par la circulaire du Ministre du Travail (Administration générale), n° 36, du 30 avril 1937.

Signalons, en outre, pour mémoire, que les décisions de l'espèce qui ont trait au pourcentage d'invalidité ou à l'imputabilité de l'aggravation de l'état d'invalidité à la cause qui a ouvert droit à rente d'accident du travail ou à pension militaire peuvent être contestées devant la Commission technique régionale d'invalidité avec appel possible de la décision devant la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales. Cette question fera l'objet d'une étude particulière dans la partie du présent ouvrage (Titre V) qui sera consacrée à l'étude des « litiges ».

CHAPITRE V

DETERMINATION DU MONTANT DE LA PENSION D'INVALIDITE ET DES MAJORATIONS POUR CHARGES DE FAMILLE POINT DE DEPART DES ARRERAGES NOTIFICATION

Si l'assuré réunit toutes les conditions requises pour pouvoir prétendre au bénéfice de l'assurance-invalidité, la Caisse d'assurance doit procéder à la liquidation de la pension en appliquant les règles édictées à l'article 10 §§ 5 et 6 du décret-loi, qui prévoit :

« Pour l'assuré affilié avant l'âge de trente ans, la pension d'invalidité est égale à 40 pour cent du salaire annuel moyen servant de base au calcul des cotisations depuis l'âge d'entrée du salarié dans l'assurance. Toutefois, le dit salaire et le chiffre correspondant à la pension sont respectivement arrondis aux multiples de 200 francs et de 100 francs le plus voisin.

« Pour l'assuré immatriculé après trente ans, elle est réduite dans les mêmes conditions d'un trentième par année ou fraction d'année d'âge compris entre trente

ans et l'âge d'entrée. Toutefois, la pension d'invalidité ne peut, en aucun cas, être inférieure à 1.000 francs si l'assuré justifie de 6 ans ou plus de versements ; 900 francs si l'assuré compte au moins 5 ans de versements ; 800 francs si l'assuré compte au moins 4 ans de versements ; 700 francs si l'assuré compte au moins 3 ans de versements ; 600 francs si l'assuré compte au moins 2 ans de versements.

« Ne comptent comme années de versements que celles au cours desquelles l'assuré a subi au moins la retenue prévue au § 4 du présent article (60 francs).

§ 6. — Pour l'assuré qui ne compte pas trente années entières d'assurance et qui a interrompu ses versements pendant une année ou plus, la pension d'invalidité est réduite, dans les conditions du paragraphe précédent, d'un trentième par année d'interruption ou par fractions réunies d'années équivalant au moins à une année entière.

Donc, premier point à considérer : comme dans la plupart des législations étrangères le montant de la pension d'invalidité de l'assuré social français est indépendant du pourcentage d'incapacité de travail. Il dépend de l'âge de l'assuré lors de son entrée dans l'assurance, de son salaire annuel moyen de base et, parfois, de la régularité de ses versements.

L'âge à l'entrée dans l'assurance est facile à déterminer puisque la Caisse d'assurance possède un extrait d'acte de naissance de l'intéressé et sa carte d'immatriculation.

Les périodes d'interruption d'assurance pourront décomptées d'après la copie de la fiche comptable du requérant.

Quant au salaire annuel moyen de base il se calcule en appliquant la formule indiquée par le Ministre du Travail (circulaire de l'Administration générale n° 80 du 2 novembre 1936) :

$$S = \frac{[(C \times 25) + (C' \times 22.50) + (C'' \times \frac{100}{7}) + CC''' \times 12.50]}{M} \times 12$$

où C = montant des cotisations vieillesse constatées sur la fiche comptable pour la période antérieure au 31 décembre 1935 dans l'une des quatre premières catégories (1).

C' = montant des cotisations vieillesse constatées sur la fiche comptable pour la période antérieure au 31 décembre 1935 en 5^{me} catégorie.

C'' = montant de la double cotisation (vieillesse et maladie) acquittée en 1936.

C''' = montant de la double cotisation (vieillesse et maladie) acquittée après le 1^{er} janvier 1937.

M = nombre de mois passés dans l'assurance.

Le salaire de base étant ainsi obtenu, le montant de la pension pourra être facilement déterminé en se reportant au barème des pensions d'invalidité qui a été annexé à l'arrêté du 4 juillet 1936 (Journal Officiel du 19 juillet) et en faisant état des prescriptions contenues dans les articles 1, 2 et 3 du dit arrêté (2).

A la pension ainsi liquidée, il y a lieu d'ajouter,

(1) On a admis, en effet, que les cotisations versées sous l'empire des lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930 correspondaient (vieillesse ou maladie) à 4 % du salaire pour les assurés des 4 premières catégories et à 4,44 % du salaire des assurés de 5^{me} catégorie (voir circulaire n° 31, du 30 juin 1931).

(2) Une erreur paraît s'être glissée dans l'établissement de ce barème : les minima prévus par l'article 10 § 5 du décret-loi en faveur des assurés immatriculés après 30 ans ayant été accordés à tous les assurés quel que soit leur âge à l'immatriculation.

éventuellement, la majoration pour charges de famille à laquelle l'assuré peut prétendre en raison des enfants de moins de seize ans, non salariés, qui sont à sa charge, « qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus, recueillis, adoptifs ou pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur » (article 14 § 1^{er} du décret-loi).

Pour tous ces enfants l'assuré qui bénéficie d'une pension d'invalidité peut prétendre à une majoration de 100 francs par an (article 14 § 2).

Cette question ne nécessite aucun commentaire particulier. Nous nous bornerons simplement à signaler deux précisions qui résultent des dispositions des articles 74 et 75 du règlement général dont nous transcrivons le texte :

« *Article 74.* — Les allocations pour charges de famille, visées à l'article 14 du décret-loi du 28 octobre 1935, sont réglées par les Caisses sur leurs ressources, dans les mêmes conditions et aux mêmes époques que les indemnités, pensions et capitaux dont elles constituent la majoration. Elles sont révisées chaque fois que les charges de famille se modifient ».

« *Article 75.* — Lorsqu'un assuré titulaire d'une pension d'invalidité bénéficie d'une majoration pour charges de famille, il a droit, s'il travaille et remplit les conditions prévues à l'article 7 § 2 du décret-loi du 28 octobre 1935 (1), à la majoration de l'indemnité journalière de maladie ».

Quant au point de départ des arrérages de la pension et, le cas échéant, des majorations, l'article 10 § 1^{er} du décret-loi dispose que la date à retenir est celle

(1) Conditions administratives d'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie.

du premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été présentée par l'intéressé (1).

Le décret-loi a innové sur ce point. Le décret du 25 juillet 1930 portant règlement d'administration publique pour l'exécution des lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930, avait prévu, en effet (article 47 § 3) : « les arrérages de la pension, y compris les arrérages de la majoration à la charge de la Caisse Générale de Garantie, sont dus à partir du premier jour du mois suivant la date d'expiration du délai de six mois de maladie ou suivant la date de consolidation de la blessure ».

Mais l'application de cette disposition avait soulevé des difficultés. De nombreux assurés, en effet, soit par ignorance, soit par fraude, ne constituaient pas leur dossier de demande de pension dès l'expiration des six mois de maladie et, par suite, restaient pendant une certaine période en dehors du contrôle de la Caisse invalidité : ce qui était contraire à la lettre et à l'esprit de la loi.

Certes, le Ministère du Travail avait essayé de réagir (2) en prescrivant aux Caisses d'assurances qu'en cas de retard dans la souscription de la demande, il convenait de fixer le point de départ des arrérages de la pension au premier jour du mois qui suivait celui au cours duquel la demande avait été présentée. Cette solution logique, évidemment, n'était cependant pas conforme au texte, et, bien qu'à notre connaissance les

(1) Nous avons vu précédemment que cette date figurait sur le rapport avis de la Caisse d'assurance maladie.

(2) Cf. Réponse à question écrite de M. COUTEL, n° 10.413 (*Journal Officiel* du 2 février 1935) et à question de M. DORMANN, n° 3.635 (*Journal Officiel* des 1^{er} et 2 mai 1933).

juridictions d'Assurances sociales n'aient pas été appelées à se prononcer sur ce point, il est possible, voire même vraisemblable, qu'en présence du texte formel de l'article 47 § 3 visé ci-dessus, les Tribunaux, nonobstant l'impossibilité de contrôle médical pendant une certaine période, auraient fixé le point de départ des arrérages de la pension au premier jour du mois suivant l'expiration des six mois de maladie. Il n'en serait pas de même aujourd'hui, tout retard dans la souscription de la demande de pension étant sanctionné par la perte des arrérages correspondants.

Toutefois, une situation particulière a été prévue pour les assurés visés à l'article 33 du règlement général du 19 mars 1936 et dont il a été question au cours du précédent chapitre. Pour ces assurés, en effet, l'article 33, in fine, consacrant une procédure suggérée par le Ministère du Travail sous l'empire des lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930 (1), prévoit qu'en cas d'aggravation de l'état de l'assuré après ajournement de la décision, la pension à servir à l'assuré dont l'incapacité au cours du délai accordé devient au moins égale au deux tiers, ne prend effet qu'à partir du premier jour du mois qui suit la date où cette condition se trouve remplie.

(1) Voir, par exemple, réponse à question écrite de M. MECK, député, n° 6.248 (*Journal Officiel* du 16 décembre 1933).

CHAPITRE VI

SITUATIONS PARTICULIERES

I. — ASSURÉS TITULAIRES D'UNE PENSION MILITAIRE OU D'UNE RENTE POUR ACCIDENT DU TRAVAIL

Nous avons vu précédemment (voir ci-dessus chapitre IV - Instruction médicale du dossier) que les assurés titulaires d'une pension militaire ou d'une rente pour accident du travail, ne pouvaient, en cas d'aggravation imputable à la cause qui leur a ouvert droit à cette rente ou pension, prétendre au bénéfice de l'assurance-invalidité. Mais nous avons vu, également, qu'en cas d'aggravation imputable à une affection différente ou à un nouvel accident — qui ne soit pas lui-même susceptible d'être indemnisé au titre de la loi du 9 avril 1898 — l'assuré pouvait obtenir l'attribution des prestations de l'invalidité, sous réserve, bien entendu, qu'il remplisse les conditions requises (durée de l'immatriculation minimum de versements et pourcentage d'invalidité supérieur à 66 %).

Dans cette hypothèse, le décret-loi précise que l'incapacité d'origine militaire (article 18 § 3) ou l'invalidité résultant de l'accident du travail (article 20 § 3)

entre en compte pour la détermination du degré d'invalidité ouvrant le droit à la pension d'assurance.

Mais, si le degré total d'invalidité atteint au moins 66 %, et si la pension militaire ou la rente d'accident est inférieure à la pension d'invalidité à laquelle l'intéressé aurait droit en sa qualité d'assuré social, la pension d'assurance est liquidée pour la différence entre la pension calculée comme nous l'avons vu au chapitre précédent, et la pension militaire ou la rente d'accident (article 18 § 4 et 20 § 3 du décret-loi).

Ces textes établissent nettement les rapports existant en matière d'invalidité entre la législation des Assurances sociales, celle des pensions militaires et celle des accidents du travail. Ces trois législations fonctionnent parallèlement pour l'indemnisation de la réduction de la capacité ouvrière de l'individu, mais elles ne chevauchent pas : Il ne peut y avoir cumul entre les prestations des Assurances sociales et celles des pensions militaires ou des accidents du travail, la pension d'invalidité assurances sociales n'étant servie que pour la part qui excède la pension militaire ou la rente accident.

Ainsi, l'intention du législateur apparaît extrêmement simple et son application ne soulève, au moins en théorie, aucune difficulté. Pratiquement, la question a été compliquée par l'existence des majorations attribuées à certains accidentés du travail et aux pensionnés militaires.

Les accidentés du travail, en effet, dont l'accident est antérieur au 1^{er} janvier 1927 et dont le taux d'incapacité a été fixé à 20 % au moins bénéficient d'une majoration de leur rente à la charge du Fonds de Garantie (loi du 15 juillet 1922 et lois subséquentes).

Quant aux pensionnés militaires, ils bénéficient, d'une part, d'une majoration du principal de la pension atteignant soit 140 %, soit 100 %, suivant qu'ils sont ou non titulaires de la carte du combattant, et, d'autre part, de majorations pour charges de famille égales pour chaque enfant au huitième de la pension principale.

La question s'est donc posée de savoir si, pour la déduction de la rente d'accident ou de la pension militaire, il y avait lieu de s'en tenir au chiffre primitif ou s'il convenait au contraire de retrancher de la pension Assurances sociales la rente d'accident ou la pension militaire augmentée de leur complément. C'est ce dernier point de vue qui a prévalu, les Caisses ayant considéré que la portion d'arrérages à servir aux assurés sociaux au titre de pension d'invalidité devait s'entendre de la différence entre le total « Pension et charges de famille - Assurances sociales » et la pension militaire ou la rente d'accident toutes majorations comprises.

Cette interprétation des textes a d'ailleurs été confirmée par le Ministre du Travail (circulaire de la Caisse Générale de Garantie en date du 23 octobre 1935) (1) et implicitement par de nombreuses décisions de

(1) Voici le texte de cette circulaire :

La question m'a été posée à différentes reprises, de savoir si des assurés, titulaires de pensions militaires au titre de la loi du 31 mars 1919 admis au bénéfice de pensions temporaires d'invalidité Assurances Sociales, pouvaient cumuler les majorations pour charges de famille, prévues à l'article 20 de la loi du 30 avril 1930 avec les majorations de la loi du 31 mars 1919.

J'ai l'honneur de vous communiquer ci-après le texte de la réponse que m'a fait parvenir M. le Ministre du Travail, à ce sujet :

Vous m'avez demandé de vous donner des précisions sur la combinaison des majorations pour charges de famille prévues à l'article 20 de la loi du 30 avril 1930 avec celles résultant de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires.

commissions cantonales et de Tribunaux civils déboutant les assurés, pensionnés pour invalidité d'origine militaire ou résultant d'un accident du travail, qui avaient contesté le montant de leur pension Assurances sociales.

« Les questions que vous me posez sont les suivantes :

« 1^o) Les anciens combattants, pensionnés de la loi du 31 mars 1919, percevant les arrérages de pensions d'invalidité conformément à l'article 51, § 3, de la loi des Assurances Sociales, peuvent-ils cumuler les majorations pour charges de famille des deux législations.

« 2^o) Les anciens combattants qui ne perçoivent pas les arrérages de la pension d'invalidité Assurances sociales, parce que cette pension est inférieure à la pension militaire, peuvent-ils cependant bénéficier de l'allocation pour charges de famille.

« 3^o) La pension Assurances Sociales doit-elle être liquidée d'après la différence entre la quotité brute de cette pension et le montant brut de la pension militaire, ou en cas contraire, entre la pension Assurances Sociales majorée pour charges de famille et la pension d'ancien combattant majorée de même.

« Vous me faites connaître qu'à votre avis, le cumul des majorations est possible lorsque l'assuré perçoit les arrérages d'une pension d'assurances liquidée conformément à l'article 51, § 3, de la loi du 30 avril 1930, qu'il est possible de même lorsque l'assuré bénéficie d'une pension militaire supérieure et ne perçoit pas, par suite, les arrérages de la pension d'Assurances Sociales.

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que j'estime que, conformément à l'article 20 de la loi du 30 avril 1930 et de l'article 82, § 1^{er}, du Règlement d'Administration publique du 25 juillet 1930, les allocations pour charges de famille sont des majorations de la pension et ne constituent par suite qu'un accessoire de celle-ci : il découle de cette interprétation que la comparaison doit être faite, en vue de l'application de l'article 51, § 3, de la loi du 30 avril 1930, entre les montants globaux des deux pensions respectivement majorées.

« J'estime d'autre part que, dans la mesure où la pension des Assurances Sociales est due, le cumul des deux majorations pour charges de famille est possible, la majoration des Assurances Sociales se trouvant incluse dans la pension principale et réduite comme cette pension. Il convient en effet d'admettre, par référence à l'article 20, § 6, de la loi du 30 avril 1930 relative au cumul de la pension d'orphelin des Assurances Sociales et de la pension d'orphelin de la loi du 31 mars 1919, que les majorations pour charges de famille prévues par la loi du 30 avril 1930 sont susceptibles de se cumuler avec celles de la loi du 31 mars 1919, mais dans la mesure où la pension des Assurances Sociales majorée peut-être servie après imputation de la pension militaire.

« Lorsque les arrérages de la pension d'invalidité Assurances Sociales ne peuvent être perçus par suite de l'existence d'une pension militaire supérieure, l'assuré ne saurait percevoir l'allocation pour charges de famille pour les raisons susnommées.

« En conclusion, la comparaison doit être faite entre les deux pensions, majorations comprises et, lorsque les arrérages de la pension d'Assurances Sociales ne sont pas perçus, la majoration pour charges de famille ne saurait l'être ».

Néanmoins, la Commission départementale de la Seine a récemment infirmé ce point de vue dans une décision rendue le 24 décembre 1937 dans une affaire Audoine c/ Caisse primaire vieillesse et invalidité de la Fédération Mutualiste de la Seine, dont voici les principaux attendus :

« Attendu, en ce qui concerne la pension d'invalidité au titre de la loi du trente et un mars mil neuf cent dix-neuf, il y a lieu de retenir que la pension principale dont bénéficie Audoine est calculée sur une invalidité de trente pour cent, que cette pension doit être calculée uniquement sur le taux de base à l'exclusion des suppléments temporaires qui ne sont que des majorations accordées aux invalides de guerre, compte tenu de la hausse actuelle du coût de la vie, ces dites majorations étant subordonnées aux diverses fluctuations économiques. Attendu au surplus que l'article 18 § 4 du décret-loi de vingt-huit octobre mil neuf cent trente-cinq stipule formellement : Si la pension militaire d'invalidité est inférieure à la pension à laquelle l'assuré aurait droit en vertu de l'article 10, la pension d'assurance est liquidée pour un montant égal à la différence entre la pension calculée comme il est dit à cet article et la pension militaire. Qu'ainsi donc ce texte est net et précis et ne vise uniquement que la pension au taux normal de base soit deux mille quatre cents francs pour un invalide de cent pour cent. Qu'enfin, la loi du trente et un mars mil neuf cent dix-neuf est avant tout une loi de réparation à l'égard de ceux qui ont été atteints de blessures ou de maladie durant la guerre de mil neuf cent quatorze-mil neuf cent dix-huit. Qu'il est équitable de ne pas comprendre dans le calcul de la pension Assu-

rances sociales les suppléments temporaires alloués aux victimes de la guerre. Qu'il apparait bien de l'examen de l'article 18 § 4 du décret-loi du vingt-huit octobre mil neuf cent trente-cinq que la pensée des rédacteurs du décret-loi du vingt-huit octobre mil neuf cent trente-cinq était de ne considérer que la pension principale au taux normal de base pour les bénéficiaires de la loi du trente et un mars mil neuf cent dix-neuf à l'exclusion des majorations des suppléments temporaires qui ne sont point visés... ».

II. — ASSURÉS VICTIMES D'UN ACCIDENT IMPUTABLE

A UN TIERS

Pour les assurés, victimes d'un accident de droit commun l'article 25 § 3 prévoit : lorsque, sans rentrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, l'accident ou la blessure dont l'assuré est victime est imputable à un tiers, les Caisses d'Assurances sociales sont subrogées de plein droit à l'intéressé ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses que leur occasionne l'accident ou la blessure.

Il résulte de ce texte que les Caisses d'Assurances sociales sont tenues de payer les prestations auxquelles les assurés peuvent prétendre en raison de leurs accidents qui ne rentrent pas dans le cadre des accidents du travail, mais que, si ces accidents sont imputables à des tiers, elles sont subrogées pour le montant de leurs dépenses dans l'action des victimes contre les dits tiers.

L'étude de cette subrogation des Caisses d'Assurances sociales — le mot « Caisse » n'est pas pris ici dans

un sens restrictif, les Unions pouvant également en réclamer le bénéfice, — fera l'objet du chapitre III du titre V du présent ouvrage.

III. — ASSURÉS PLACÉS SOUS DES RÉGIMES SPÉCIAUX D'ASSURANCE

L'article 23 du décret-loi dispose :

§ 1^{er}. — Demeurent respectivement soumis aux législations ou règlements qui les régissent à l'égard des risques garantis, en exécution de l'article 1^{er} du présent décret, les salariés de l'Etat, des départements, des communes, des établissements publics d'assistance, des chemins de fer d'intérêt général, des chemins de fer de l'Etat, des chemins de fer d'intérêt général secondaires et d'intérêt local et des tramways, les ouvriers mineurs et ardoisiers et le personnel de leur Caisse Autonome, les inscrits maritimes et les agents du Service général, les agents bénéficiaires de la loi du 28 juillet 1928 relevant des entreprises concessionnaires des services publics du gaz et de l'électricité, les agents relevant des services concédés ou en régie de distribution d'eau et bénéficiaires d'une Caisse autorisée en vertu de la loi du 27 décembre 1895, les agents placés sous le régime des décrets du 11 février 1920, 12 janvier 1922 et 4 avril 1926, les agents placés sous le régime des décrets des 16 janvier et 28 janvier 1808, et les agents des établissements placés sous le régime des décrets des 28 février 1852 et 28 juin 1854 et des lois du 5 juillet 1900 et 29 décembre 1911, le personnel des Chambres de Commerce exploitant un ou plusieurs services publics prévus à l'article 11 de la loi du 9 avril 1898, le personnel des ports autonomes, le personnel bénéficiaire du régime

prévu à l'article 10 de la convention du 30 juin 1923 approuvée par la loi du 22 juillet 1927, le personnel des théâtres nationaux subventionnés, bénéficiaires d'une Caisse de retraite instituée par décret.

§ 2. — Des décrets fixent les règles de coordination de ces divers régimes avec le régime général des Assurances sociales et déterminent le mode de liquidation des droits de l'intéressé qui passe d'un régime à un autre, et notamment de l'agent qui vient à quitter le service de l'Administration avant d'avoir droit à une pension et le transfert de la valeur de ses droits aux Assurances sociales et inversement. Les mêmes décrets fixent le régime d'assurance définitif de ces salariés, lequel doit les couvrir contre l'ensemble des risques prévus au titre II (1) sans que les prestations de même nature déjà accordées aux dits salariés antérieurement au 1^{er} juillet 1931, puissent être réduites ou supprimées.

§ 3. — Demeurent également soumis aux statuts et règlements qui les régissent, les salariés des entreprises qui, antérieurement au 1^{er} janvier 1935, avaient organisé au profit de leur personnel et avec la participation de celui-ci, à la fois une institution de retraite autonome autorisée dans les conditions de l'article 28 de la loi de finances du 30 décembre 1928 et une Caisse d'assurance-maladie sous la double réserve que l'affiliation à ces institutions soit rendue obligatoire par le contrat de travail et que les statuts des dites institutions prévoient, pour l'ensemble des risques maladie, maternité, décès, soins aux invalides et vieillesse, des avantages au moins équivalents à ceux du titre II ci-dessus.

(1) Cf. Arrêt du Conseil d'Etat, 19 Février 1937 et note signée P.C.D. Dalloz périodique, 4^e cahier 1937, 3^e partie, pages 19 et suiv.

Les dispositions du § 2 du présent article sont applicables aux institutions précitées, lesquelles seront soumises au contrôle de l'Etat.

Pour connaître en détail la situation de ces salariés au regard du risque d'invalidité, il suffira de se reporter pour chaque catégorie au décret de coordination correspondant (1).

Ce serait là une étude qui sortirait du cadre du présent exposé, lequel a trait au risque d'invalidité dans la législation des Assurances sociales. Nous précisons simplement que lorsque les salariés dont il s'agit n'ont pas droit à l'application de leur législation particulière, ils peuvent éventuellement demander l'attribution des prestations Assurances sociales. Ils sont alors considérés comme ayant subi, pendant la durée de leur affiliation au régime spécial, le minimum de précompte pouvant ouvrir droit aux prestations Assurances sociales (15 francs par trimestre).

IV. — ASSURÉS AYANT CESSÉ D'AVOIR LEUR RÉSIDENCE EN FRANCE

La reconnaissance ou le maintien du bénéfice de l'assurance-invalidité aux assurés qui cessent d'avoir leur résidence en France pose deux sortes de problèmes suivant qu'il s'agit d'assurés étrangers rentrant dans leur pays d'origine, ou au contraire de nationaux se rendant à l'étranger.

(1) Pour la coordination du régime général des Assurances Sociales avec celui en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, voir circulaire du Ministre du Travail du 9 Décembre 1937. (*J. O.* du 17 Décembre 1937).

a) *Assurés étrangers ayant cessé d'avoir leur résidence en France.*

Avant d'examiner la situation de ces assurés au regard de l'assurance-invalidité, il convient de rappeler que l'article 1^{er}, § 6, alinéa 3, du décret-loi prévoit que les assurés étrangers qui cessent d'avoir leur résidence ou leur lieu de travail en France conservent le bénéfice de la rente inscrite à leur compte individuel d'assurance-vieillesse et éventuellement des avantages susceptibles de résulter pour eux de conventions diplomatiques.

Aucune convention diplomatique n'étant intervenue à ce sujet, il résultait nettement de cette disposition que l'assuré social de nationalité étrangère qui avait quitté la France même pour regagner son pays d'origine ne pouvait obtenir le bénéfice de l'assurance-invalidité.

C'est ce que le Ministre du Travail avait nettement précisé dans la réponse à une question écrite n° 111 de M. André PARMENTIER (*Journal Officiel*, 10 juin 1936), aux termes de laquelle « un assuré social de nationalité « étrangère ayant regagné son pays d'origine avant « d'avoir fait constater son état d'invalidité ne saurait « bénéficier d'une pension invalidité au titre de la « législation des Assurances sociales ».

Il en était de même, tout au moins apparemment, pour le maintien du bénéfice de l'assurance, lorsque l'assuré quittait notre territoire après avoir été reconnu invalide : le règlement des prestations d'invalidité à l'étranger supposant l'existence d'arrangements particuliers fixant les modalités suivant lesquelles ces prestations pourraient être servies.

L'absence d'arrangements particuliers entre la

France et les pays étrangers s'opposait, là aussi, à l'attribution de ces prestations.

Mais, en présence de nombreuses réclamations des nations étrangères, le Ministre du Travail décida (circulaire n° 55 du 19 juin 1937) « qu'en attendant la conclusion de tels arrangements, il paraissait possible d'admettre en ce qui concerne les assurés qui, en vertu d'une convention diplomatique, bénéficiaient des mêmes avantages que les assurés français, c'est-à-dire les Belges, les Autrichiens, les Espagnols, les Italiens et les Polonais, l'application des dispositions suivantes : ces assurés ayant droit aux mêmes prestations que les assurés français, les organismes d'Assurances sociales pouvaient, ils estimaient que leur contrôle pouvait être exercé dans des conditions satisfaisantes par l'intermédiaire d'un organisme d'assurance de l'un des pays auxquels appartenaient les dits assurés, procéder au règlement des prestations par l'entremise de cet organisme après avoir passé avec lui un accord à cet effet ».

Mais cette décision, qui apportait une solution favorable aux protestations formulées au sujet du service des prestations d'invalidité à l'étranger, n'avait pas résolu les difficultés soulevées pour la reconnaissance du droit à pension de l'assuré ayant cessé d'avoir sa résidence en France avant qu'ait pu s'exercer le contrôle médical de la Caisse.

Aussi, le Ministre du Travail, dans une circulaire N° 80 du 6 novembre 1937, a-t-il :

— rappelé le principe suivant lequel les organismes d'Assurances sociales ne peuvent statuer sur les demandes de pension d'invalidité dont ils sont saisis qu'autant que les requérants résident en France et peuvent

être l'objet, de la part des Caisses-capitalisation et de leurs médecins de contrôle ou d'experts désignés, des enquêtes ou visites faisant partie de l'instruction de la demande ».

— précisé également que, par suite,

« pour les assurés qui deviennent invalides pendant leur séjour à l'étranger et qui ne peuvent se déplacer, l'instruction de leur demande de pension d'invalidité ne pourra être effectuée que dans les conditions et suivant les modalités à déterminer dans des arrangements diplomatiques conclus avec les pays de résidence et prévoyant la collaboration des organismes locaux de ces pays »,

mais que, néanmoins,

« en attendant la conclusion de tels arrangements, il appartient aux organismes français de l'assurance vieillesse-invalidité, d'apprécier si, lorsqu'il s'agit d'assurés assimilés aux assurés français en vertu d'une convention diplomatique et n'ayant regagné leur pays d'origine à l'expiration d'une période de six mois de maladie, qu'après avoir fait constater leur état par le médecin de contrôle de la Caisse d'assurance-maladie ou de l'organisme d'assurance-invalidité, ou qu'après avoir obtenu l'autorisation de ce médecin, ils ont des garanties et des informations suffisantes pour se prononcer en connaissance de cause, sur pièces ou après enquête, faite par les médecins locaux qu'ils auront désignés.

La situation des assurés étrangers au regard de l'assurance-invalidité s'est donc considérablement modifiée au cours de l'année 1937. On ne peut que souhaiter cependant la conclusion rapide d'arrangements diploma-

tiques précis, la latitude laissée aux Caisses d'assurances de signer ou non des accords avec les organismes étrangers pouvant laisser place à des inégalités de traitement inadmissibles.

b) *Assurés français en résidence à l'étranger.*

La situation de ces assurés a suivi une évolution parallèle à celle que nous venons d'indiquer pour les assurés étrangers n'ayant plus de résidence en France.

Il s'agissait surtout des assurés français candidats à une pension d'invalidité ou déjà pensionnés qui se rendaient, pour y subir un traitement dans un établissement approprié dans un pays étranger sans que ce pays soit lié avec la France par une convention pour l'application des Assurances sociales (notamment les assurés français tuberculeux se rendant en Suisse pour un traitement).

Pour ces assurés, la circulaire du Ministre du Travail n° 80 du 6 novembre 1937 a prévu :

« A défaut de convention diplomatique passée entre la France et le pays où réside l'assuré pour y subir un traitement, les assurés français hospitalisés dans ce pays ne peuvent bénéficier, en l'absence de règles fixant les conditions d'exercice du contrôle dans le dit pays, de l'attribution ou du maintien d'une pension d'invalidité. Néanmoins, il appartient aux organismes français de l'assurance-invalidité d'apprécier si, dans des cas exceptionnels, pour des assurés qui ont été hospitalisés à l'étranger après l'examen du médecin de contrôle de la Caisse d'assurance-maladie ou de l'organisme d'invalidité, ils ont des garanties ou des informations suffisantes pour se prononcer en connaissance de cause sur

pièces ou après enquêtes faites par des médecins locaux désignés par eux.

« Il peut en être ainsi, en ce qui concerne les assurés français, si le contrôle exercé par le médecin de l'ambassade ou du consulat français paraît suffisant à l'organisme de l'assurance-invalidité et si le représentant diplomatique français certifie éventuellement le chiffre du salaire ou du gain du candidat à pension ou du pensionné ».

Cette solution appelle les mêmes critiques que celle qui a été adoptée pour les assurés étrangers qui transportent leur domicile hors de France.

La latitude laissée aux organismes d'assurance-invalidité amènera inéluctablement des décisions contradictoires, ce qui ne manque pas d'être préjudiciable à une bonne administration.

TITRE III

SITUATION DE L'INVALIDE
DROITS ET OBLIGATIONS
ÉVENTUALITÉS

CHAPITRE PREMIER

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LES ARRERAGES DE LA PENSION

Paiement de ces arrérages. — Incessibilité et Insaisissabilité. — Prélèvement effectué en cas d'hospitalisation. — Versement de la cotisation forfaitaire.

Soins aux invalides. — Généralités. — Service de ces prestations.

L'assuré admis au bénéfice de l'assurance-invalidité peut prétendre à deux catégories de prestations :

1° Des prestations en espèces représentées par :

a) le paiement des arrérages de la pension ;

b) le versement à son compte individuel d'assurance vieillesse d'une cotisation forfaitaire annuelle.

2° Des prestations en nature connues sous le nom de « Soins aux invalides ».

I. — PRESTATIONS EN ESPÈCES

a) *Arrérages de la pension.*

Pendant les cinq premières années qui suivent l'entrée en jouissance de la pension, le service des arrérages

incombe à l'Union à laquelle adhère la Caisse d'assurance-maladie du pensionné. Passé ce délai, ce service est assuré par la Caisse d'assurance-invalidité.

Ces arrérages, y compris, le cas échéant, la majoration pour charges de famille (1) sont payés trimestriellement et à terme échu les 1^{er} mars, 1^{er} juin, 1^{er} septembre et 1^{er} décembre. Pendant les cinq premières années de l'invalidité les arrérages sont payés soit directement par l'Union, soit par l'intermédiaire de la Caisse d'assurance-maladie si elle est chargée du service des prestations en nature pour le compte de l'Union Régionale (article 40 § 5 du Règlement général du 19 mars 1936).

Pour obtenir le paiement des arrérages, l'assuré doit présenter ou faire présenter son extrait d'inscription (2) à la Caisse ou à l'Union, ou à la Section locale

(1) Une difficulté peut se présenter pour le paiement des majorations pour charges de famille lorsque l'assuré est divorcé ou en instance de divorce et qu'il s'est vu retirer la garde des enfants (la garde provisoire confiée par le Président du Tribunal en conciliation entraînant, le cas échéant, transfert de l'administration légale à la mère. *Juriscl. civ.* article 238, n° 272, réf. prati. *Dalloz. Divorce* n° 451, *Planiol et Ripert*, Paris, 1926, tome 2, n° 610, 2^{me} alinéa).

Car s'il résulte de l'article 303 du Code Civil que, même lorsqu'il n'a pas la garde de ses enfants, le père continue de leur devoir des aliments et peut, par suite, prétendre aux majorations pour charges de famille prévues par la loi sur les Assurances Sociales (Cf. réponse faite par le Ministre des Finances au sujet des majorations pour charges de famille des fonctionnaires à M. Charles LAMBERT (*J. O.* du 3 décembre 1926), on peut se demander s'il peut régulièrement obtenir le paiement à son profit des dites majorations.

La loi du 30 mars 1929 a prévu, en effet, que, dans tous les cas où, à la suite d'un jugement de séparation de corps ou de divorce, la garde des enfants aura été confiée à la mère, celle-ci sera habilitée à recevoir les indemnités pour charges de famille prévues par la loi en faveur du mari fonctionnaire ou assimilé.

Ce texte ne vise évidemment que les indemnités pour charges de famille attribuées au mari fonctionnaire ou assimilé. Mais, il semble, que, par analogie, les femmes des assurés sociaux pourraient demander le paiement à leur profit des majorations attribuées à leur mari pour les enfants dont elles ont la garde.

(2) Un extrait d'inscription provisoire est délivré par les soins de l'Union régionale aux pensionnés. Il est valable pour les cinq premières

chargée du paiement : ce paiement devant être fait au porteur de l'extrait d'inscription sur la production d'un certificat de vie délivré gratuitement par le maire de la résidence de l'invalidé (art. 2 § 1^{er} du règlement général du 19 mars 1936).

Toutefois, le montant des arrérages peut être payé par mandat sur production d'un certificat de vie et du coupon portant la signature du pensionné ou de son représentant légal.

années d'attribution de la pension, A l'expiration de délai, cet extrait est remplacé par un nouvel extrait délivré par la Caisse d'Assurance invalidité (Règlement général du 19 mars 1936, article 40, § 2).

D'autre part, l'article 50 du décret du 29 juillet 1936 sur la comptabilité des caisses dispose :

§ 1. — L'extrait d'inscription à délivrer au titulaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse est établi sous forme de livret muni de coupons dont la première page reproduit les nom, prénoms, date de naissance et qualité civile du titulaire, ainsi que le montant annuel et trimestriel de la rente, et, s'il s'agit d'un mineur, d'un interdit ou d'un aliéné, les nom et prénoms du représentant légal. Dans ce dernier cas, le représentant légal doit, au moment où la délivrance de la rente est demandée, justifier de ses pouvoirs dans les conditions fixées pour les pensions de l'Etat.

§ 2. — Le livret à coupons est remis à l'intéressé ou à son représentant légal, soit par le maire de la résidence de l'un ou de l'autre, soit par la Caisse après vérification de l'identité de la partie prenante et sur production de sa photographie, qui est immédiatement collée dans le cadre à ce réservé en authentifiée par un timbre officiel apposé partie sur la photographie, partie sur le feuillet du livret.

§ 3. — Lorsque l'intéressé ou son représentant légal déclare vouloir percevoir ou faire percevoir les arrérages sur production d'un certificat de vie, la remise du livret lui est faite sur la seule justification de son identité. Cette circonstance est relatée dans le procès-verbal de remise du livret.

§ 4. — Ledit procès-verbal fait également mention du bureau de paiement des arrérages. En cas de changement de bureau, les délais de préavis sont ceux fixés par le règlement intérieur de chaque caisse.

§ 5. — Au moment de la remise du livret, la partie prenante appose sa signature sur les fiches mobiles prévues aux articles 33 ou 42 et, s'il y a lieu, sur le compte individuel prévu à l'article 41 du présent décret. Si la partie prenante ne sait ou ne peut signer, le maire ou le représentant de la Caisse en fait mention. Les pièces susvisées sont éventuellement transmises par le maire à la Caisse d'assurance. Une fiche mobile est adressée par celle-ci au préposé chargé du paiement des arrérages, lorsque ledit paiement s'effectue en dehors du siège de la Caisse.

§ 6. — Dans tous les cas où l'emploi du mandat-retraite prévu par la loi du 17 juin 1913 est autorisé, les assurés peuvent demander que ce mode de paiement de leurs arrérages leur soit appliqué. Ces pensionnés reçoivent un extrait d'inscription spécial comportant des cases correspondant à chaque échéance trimestrielle, destinées à recevoir le timbre à date du bureau de poste payeur.

Les frais du mandat sont à la charge de la partie prenante. Lorsque le pensionné, détenteur d'un livret portant sa photographie, se présente en personne, le paiement est fait sur remise de l'acquit de la partie prenante qui doit être donné en présence du payeur.

Le pensionné ou son représentant légal qui ne veut ou ne peut se déplacer, ne sait ou ne peut signer, doit déléguer un tiers pour encaisser les arrérages au siège de la Caisse ou d'une Section locale. Celui-ci, porteur du livret de pension, remet à l'agent chargé du paiement, indépendamment du coupon revêtu de sa signature, un certificat exempté du timbre, délivré sans frais par le Maire de la commune où réside le mandant et constatant que ce dernier est vivant et qu'il donne procuration à l'effet d'encaisser les arrérages.

Lorsque l'impossibilité de signer ou de se déplacer est permanente, le certificat délivré par le maire est valable pour une année à la condition d'être visé et timbré par la Mairie avant chaque versement d'arrérages.

Le certificat du maire peut, si le pensionné ou son représentant légal le préfère, être remplacé par un certificat également exempt du timbre, délivré par un notaire et contenant les mêmes énonciations (article 51 du décret du 29 juillet 1936, sur la comptabilité des Caisses).

Par ailleurs, les pensions d'invalidité sont, jusqu'à concurrence de deux mille quatre cents francs, incessibles et insaisissables, si ce n'est au profit des établissements hospitaliers et des Caisses d'assurances, pour le paiement des frais d'hospitalisation (article 12 du décret-loi).

Ainsi, tout en posant le principe de l'incessibilité et de l'insaisissabilité des arrérages de la pension, le législateur a prévu deux catégories d'exception.

a) Pour la part des arrérages dépassant 2.400 frs par an, à laquelle s'appliquent les règles de droit commun ;

b) Pour la fraction inférieure à ce chiffre, qui ne peut être saisie ou cédée qu'au profit des établissements hospitaliers et des organismes d'assurances pour le paiement des frais d'hospitalisation du pensionné.

C'est qu'en effet, l'article 6 § 10, 2^e alinéa du décret-loi a prévu que les règles édictées à l'article 7 § 4 seraient applicables aux pensions d'invalidité.

Or, ledit article 7 § 4 dispose qu'en cas d'hospitalisation à la charge de la Caisse, l'indemnité à laquelle l'assuré peut prétendre est réduite :

— du tiers si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de seize ans ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge ;

— de la moitié si l'assuré est marié sans enfants ni ascendants à sa charge ;

— des trois quarts dans tous les autres cas.

C'est pour permettre d'effectuer cette retenue du tiers, de la moitié ou des trois quarts que le législateur a prévu une exception à la règle d'incessibilité et insaisissabilité (1). Il a paru normal, en effet, que l'assuré hospitalisé, c'est-à-dire dont l'entretien incombe uniquement à la collectivité, soit privé d'une fraction importante des indemnités auxquelles il aurait droit s'il assu-

(1) Voir réponse de M. le Ministre du Travail à question écrite, n° 319, de M. CHAUSSEY (*J. O.* du 2 Octobre 1936) et réponse à question, n° 1.148 de M. Amédée GUY (*Journal Officiel* du 12 décembre 1936).

mais lui-même la charge de son entretien ; cette règle étant judicieusement tempérée lorsque l'assuré doit normalement participer à l'entretien d'autres personnes (femmes, enfants, ascendants).

Quant à la saisie éventuelle, notons que l'article 40 § 7 du règlement général du 19 mars 1936 prévoit que « les oppositions autorisées par les lois ne peuvent être notifiées valablement qu'à l'Union régionale ou à la Caisse d'assurance-invalidité chargée du paiement des arrérages ».

b) Cotisations forfaitaires d'assurance-vieillesse.

L'article 44 § 1^{er} du règlement général du 19 mars 1936, a prévu qu'à compter du 1^{er} janvier 1936, l'Union régionale et la Caisse d'assurance-invalidité versent respectivement pour les assurés dont le service de la pension leur incombe, la cotisation spéciale prévue à l'article 10 § 14 du décret-loi du 28 octobre 1935. Ce versement est effectué annuellement dans les formes prévues à l'article 2 du dit décret-loi (texte qui vise le paiement des cotisations en général) et est ventilé par le Service régional entre le Fonds de majoration et la Caisse d'assurance-vieillesse à laquelle l'assuré a été inscrit en dernier lieu, conformément au coefficient applicable à l'assurance-vieillesse. La fraction du dit versement à porter au compte individuel d'assurance-vieillesse est inscrite à capital aliéné.

Toutefois, le versement de cette cotisation est suspendu, le cas échéant, pendant toute la période de suspension de la pension d'invalidité.

Par ailleurs, ladite cotisation est due pour toutes les années au cours desquelles l'assuré a bénéficié d'au

moins un paiement d'arrérages de la pension d'invalidité. Elle ne peut être fractionnée (1).

Quant à son montant, il a été fixé comme suit par l'arrêté du 20 juin 1936 (*Journal Officiel* du 23 juin 1936) :

SALAIRE MOYEN SERVANT AU CALCUL DE LA PENSION D'INVALIDITÉ	COTISATION VIEILLESSE (ANNUELLE) VERSÉE POUR LE COMPTE DES INVALIDES
1.500 à 1.999	80
2.000 à 2.499	100
2.500 à 2.999	120
3.000 à 3.499	140
3.500 à 3.999	160
4.000 à 4.499	180
4.500 à 4.999	200
5.000 à 5.499	220
5.500 à 5.999	240
6.000 à 6.499	260
6.500 à 6.999	280
7.000 à 7.499	300
7.500 à 7.999	320
8.000 à 8.499	340
8.500 à 8.999	360
9.000 à 9.499	380
9.500 à 9.999	400
10.000 à 10.499	420
10.500 à 10.999	440
11.000 à 11.499	460
11.500 à 12.000	480

II. — PRESTATIONS EN NATURE. - SOINS AUX INVALIDES

Les soins aux invalides, c'est-à-dire les prestations en nature de l'assurance-maladie, sont dus aux pensionnés pour invalidité pendant toute la période de l'inva-

(1) Cf. Circulaires du Ministère du Travail. Administration générale, n° 18, du 17 février 1937 et sans n° du 3 novembre 1937.

lidité et au maximum pendant cinq ans. Pendant toute cette période, en effet, l'invalidé peut prétendre au remboursement des soins nécessités par son état (frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, soins dentaires) sous réserve de la participation légale de l'assuré auxdits frais, dans les conditions prévues pour l'assurance-maladie (voir à ce sujet article 6 du décret-loi).

Ces soins paraissent devoir être dispensés aussi bien pour l'affection qui a motivé l'attribution de la pension que pour toute affection nouvelle à l'exclusion bien entendu des lésions résultant d'un accident du travail (1). Toutefois, l'invalidé ne peut demander le bénéfice de ces prestations pour une affection antérieure à la survenance de l'invalidité et qui n'a pas été prise en compte pour l'évaluation du pourcentage de l'incapacité de travail lors de l'attribution de la pension (lésion ayant ouvert droit à rente d'accident du travail, affection d'origine militaire).

De même, l'assurée pensionnée pour invalidité ne peut prétendre au titre des soins aux invalides aux prestations normales de l'assurance-maternité (2).

Quant à la charge financière qui résulte de l'attribution des soins aux invalides, elle incombe à l'Union

(1) Cf. réponse à question écrite de M. LEROUX, n° 14.997 (*J. O.* du 21 février 1936).

(2) Cf. Note du 22 février 1937. Administration générale, 3^e Bureau, adressée à la Caisse primaire vieillesse invalidité de la Fédération Mutualiste de la Seine précisant que l'attribution des prestations des soins aux invalides pour une affection nouvelle.

« s'explique par la nécessité de soigner toute affection même distincte de l'état morbide ayant entraîné l'invalidité du fait que la disparition ou la diminution de l'incapacité de travail peut être dans une certaine mesure influencé par l'état général du malade, les mêmes raisons ne pouvant être invoquées lorsqu'il s'agit d'un accouchement normal, il est logique de ne pas accorder le bénéfice de l'assurance invalidité ».

régionale (article 30 § 3 du décret-loi) ; ladite Union ayant à en assurer elle-même le service ou à charger les Caisses d'assurance-maladie de dispenser ces prestations pour son compte (article 40 § 4 du règlement général du 19 mars 1936).

Bien entendu, l'attribution des dites prestations est, en tout état de cause, subordonnée à l'observation des règles générales admises en matière d'assurance-maladie pour le contrôle que les Caisses doivent exercer sur l'ensemble des malades (article 10 § 13 du décret-loi).

Rappelons, enfin, que l'attribution de ces prestations est limitée à une période de cinq années, mais que leur service peut être supprimé ou suspendu, dans des conditions que nous examinerons au cours des chapitres qui vont suivre.

CHAPITRE II

SUSPENSION DES ARRERAGES DE LA PENSION CAS DE SUSPENSION EFFETS -- REMISES EN PAIEMENTS

La loi a prévu que le service de la pension d'invalidité peut être suspendu.

a) Si l'assuré refuse de se soumettre au contrôle médical prescrit par l'organisme intéressé (caisse ou union) ;

b) Si l'assuré travaille et reçoit de ce fait un salaire suffisamment rémunérateur ;

c) Si la capacité de travail de l'invalidé redevient supérieure à 50 %.

I. — REFUS DE SE SOUMETTRE AU CONTRÔLE MÉDICAL DE L'UNION OU DE LA CAISSE INVALIDITÉ

L'article 10 § 10 prévoit, en effet, « sous peine de voir sa pension suspendue, le pensionné doit se soumettre aux visites médicales qui, à toute époque, peuvent être demandées par les organismes intéressés. On considère qu'il y a refus d'examen si l'invalidé ne répond pas

à la convocation par lettre recommandée du médecin de la Caisse ou de l'Union, ou s'oppose à la visite de celui-ci, s'il s'agit d'un invalide ne pouvant quitter la chambre ».

Il s'agit là du contrôle que les organismes d'Assurances sociales doivent exercer sur les assurés qui bénéficient de prestations et des sanctions qui s'y attachent.

Ce contrôle a été prévu plus spécialement pour l'assurance maladie par les articles 14 et 15 du règlement générale du 19 mars 1936 qui disposent :

« Toute caisse est tenue d'exercer un contrôle général

..... Elle doit avoir à sa disposition un ou plusieurs médecins-contrôleurs.

..... Le médecin-contrôleur procède à toutes investigations et constatations concernant l'état et l'incapacité de travail des malades.

..... Mais ces dispositions sont applicables à tous les risques avec une sanction analogue : la déchéance du droit aux prestations, tout au moins la suspension de ce droit (1).

II. — REPRISE DU TRAVAIL

Nous avons vu, précédemment, en étudiant la notion d'invalidité, comment, en France, on avait essayé de considérer l'invalidité comme une atteinte à l'intégrité physique de l'individu, et comment on avait abandonné

(1) Cf. Cour de Cassation. Ch. Civile, 20 janvier 1937.
(Castillo c/ caisse primaire de la métallurgie Girondine).

peu à peu cette définition pour apprécier l'invalidité en faisant état de considérations relatives aux possibilités de reclassement de l'invalidé sur le marché du travail, c'est-à-dire à ses possibilités de gain.

La mesure de suspension édictée par l'article 10 § 7 du décret-loi est bien une des preuves de la préoccupation du législateur.

Aux termes de ce texte, en effet :

« Le service de la pension est suspendu en tout ou partie, lorsque l'intéressé, en cas de reprise du travail, jouit sous forme de pension et de salaire ou de gain cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficierait avant d'être reconnu invalide ».

Aucune disposition semblable n'avait été insérée dans la législation antérieure et c'était là une lacune que le Ministère du Travail, ou tout au moins la Caisse générale de Garantie — qui était alors chargée du remboursement des dépenses de l'assurance invalidité — avait essayé de combler en prescrivant aux Caisses de suspendre le service de la pension en cas de reprise de l'activité ouvrière lorsque le salaire était supérieur à 50 % du salaire antérieur à la maladie (1). Il peut paraître logique, en effet, d'interdire le cumul d'un salaire et d'une pension dont le but est justement de suppléer à une perte de salaire résultant elle-même d'une atteinte à l'intégrité physique de l'individu, mais la solution que désirait voir adopter la Caisse Générale de Garantie et qui consistait à supprimer une pension dès que le salaire atteignait 50 % du salaire antérieur, était vraiment par trop rigoureuse.

(1) Cf. Réponse à question écrite n° 13.593 de M. Paul THELLIER, député et Instruction de la C.G.G. aux Caisses d'Assurance du 26 avril 1934.

En tout état de cause, l'absence de toute disposition légale précise avait amené la jurisprudence à rejeter le point de vue administratif.

Les considérations qui ont dicté cette décision se retrouvent dans un jugement rendu par le Tribunal civil de la Seine le 29 mai 1935 (Affaire Dequen c/ Caisse Vieillesse-invalidité de la Fédération mutualiste), et dans plusieurs décisions de la Cour de Cassation, notamment dans un arrêt rendu par la Chambre civile, le 6 avril 1936 (Affaire Lesur c/ Caisse primaire familiale de capitalisation du Nord) (1).

Pareille décision ne pourrait être rendue sous l'empire du décret-loi qui a posé une règle précise dont l'application ne soulève que quelques difficultés d'ordre pratique.

L'article 10 § 7 dispose, en effet, que la pension peut être suspendue pour la totalité ou seulement pour partie si l'intéressé jouit, sous forme de pension et de salaire ou de gain cumulés de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide.

L'intention du législateur paraît nette. L'organisme d'Assurance Sociale totalisera la pension et le salaire actuel ou le gain de l'invalide et comparera le total ainsi obtenu au salaire que percevait l'assuré avant sa maladie. Le montant de ce salaire, nous l'avons vu, a été

(1) « Attendu » dit l'arrêt, « que la Caisse primaire a cessé de payer la pension sous prétexte que *Lesur* ayant trouvé un emploi salarié ne pouvait cumuler sa pension et son gain » ;

« Attendu que le Tribunal a déclaré que c'était à bon droit que la Caisse avait suspendu le paiement de la pension d'invalidité, paiement qui serait rétabli au cas où *Lesur* cesserait son travail et ne toucherait plus les émoluments qui seraient versés par la Caisse de Nœux-les-Mines ».

« En quoi le jugement attaqué a violé les textes de loi ci-dessus visés ».

indiqué par l'assuré sur sa demande de pension, et généralement confirmé par la Caisse d'assurance-maladie. Comme, d'autre part, la Caisse invalidité peut, à toute époque, et l'Union pendant le délai où elle sert la pension d'invalidité, procéder à une enquête sur les ressources dont jouit le pensionné sous forme de pension et de rémunération ou de gain (art. 43 § 1^{er} du règlement général du 19 mars 1936), la comparaison des chiffres dont il s'agit ne doit pas présenter de grosses difficultés. Mais la question s'est posée de savoir si, en introduisant dans le texte le mot « ressources » le législateur n'avait pas entendu prescrire aux Caisses de tenir compte d'éléments d'appréciation tels que fluctuations monétaires, variations du coût de la vie..., etc.

Il ne semble pas possible d'adopter ce point de vue, car on aboutirait rapidement à mettre les caisses dans l'impossibilité absolue de procéder à une suspension d'arrérages, sans que leur décision amène, ipso-facto, une contestation de l'intéressé.

Aussi, pour que la mesure édictée puisse être efficace, nous estimons que les caisses doivent comparer le total salaire actuel-pension au montant du salaire antérieur à la maladie. Si le premier chiffre est supérieur au second, il n'y a pas lieu à suspension, si, au contraire, c'est le second qui l'emporte sur le premier, la pension doit être suspendue à due concurrence du dépassement.

C'est la solution qu'a adoptée le Tribunal Civil de la Seine dans une décision que nous reproduisons ci-dessous (1), décision qui, par ailleurs, précise que les

(1) SUSPENSION DE PENSION D'INVALIDITÉ

La Caisse Syndicale de Retraites des Forges a fait appel d'une décision prise le 28 novembre 1936 par la Commission départementale de la Seine.

chiffres à comparer ne doivent pas s'entendre du montant des salaires journaliers, mais bien des salaires

Le 7 avril 1937, le Tribunal Civil de la Seine a rendu le jugement suivant :

Attendu qu'à l'appui de son appel, la Caisse fait observer dans son mémoide, que *Martin* a repris le travail au salaire journalier de 31 fr. 25 centimes, alors qu'avant son invalidité il ne percevait qu'un salaire de 30 frs 68 et qu'ainsi son salaire nouveau étant supérieur à l'ancien, la suspension se trouve justifiée ;

Attendu comme l'ont dit les premiers juges, que l'indication d'un salaire quotidien ne suffit pas à prouver, que dans le trimestre dont la pension ne lui a pas été payée, *M. Martin* ait joui sans sa pension de ressources au moins égales à celles dont il bénéficiait avant son invalidité ;

Qu'il importe de rappeler les conditions dans lesquelles la pension d'invalidité peut être suspendue et d'apprécier dans quelles mesures elles sont remplies en l'espèce ;

Attendu qu'aux termes de l'article 10, § 7 « le service de la pension est suspendu en tout ou partie, lorsque l'intéressé, en cas de reprise de travail, jouit sous forme de pension et de salaire ou de gain cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide ».

Attendu qu'en l'espèce, pour le trimestre d'arrérages envisagé par la décision entreprise, c'est-à-dire pour le trimestre dont l'échéance a été fixée au 1^{er} septembre 1936, conformément aux dispositions de l'article 40 du règlement du 19 mars 1936, les ressources de *Martin* doivent être considérées d'après les pièces produites par la Caisse appelante elle-même, comme s'élevant à 2.799 francs 75 (999 frs 10 à titre d'arrérages de pension et 1.800 frs 65 à titre de salaire) ;

Attendu, par ailleurs que le salaire dont bénéficiait l'assuré avant son invalidité ne peut être que celui touché par lui pendant le trimestre civil de référence fixé par l'article 21 du règlement du 25 juillet 1930, c'est-à-dire pendant le trimestre civil qui a précédé le début de la maladie ;

Attendu qu'en l'espèce, toujours d'après les pièces communiquées, par la Caisse appelante, le salaire de *Martin* s'est élevé pour le trimestre de référence (quatrième trimestre 1933) pour un début de maladie du 19 février à la somme de 2.366 francs 60 ;

Attendu que le rapprochement des deux chiffres ainsi obtenus, 2.799 francs 75 et 2.366 francs 60, fait apparaître que, pour le trimestre échu le 1^{er} septembre 1936, les ressources de *Martin* dépassent de 433 francs 15, le salaire touché par lui pendant le trimestre de référence susvisé. Que, dès lors, la pension d'invalidité ne doit pas être suspendue en tout, mais jusqu'à due concurrence du dépassement ;

Par ces motifs, et ceux non contraires des premiers juges :

Statuant publiquement et en dernier ressort :

Donne défaut contre *Martin*, non comparant bien que régulièrement convoqué ;

Reçoit en son appel la Caisse Syndicale de Retraites des Forges de la Construction Mécanique et des Industries qui s'y rattachent ; l'y déclare mal fondé ; l'en déboute ;

Confirme dans son principe la décision entreprise et y ajoutant :

Dit que ladite Caisse devra, dans un délai de 15 jours à partir de la notification de la présente décision, verser à *Martin* les arrérages échus le 1^{er} septembre 1936, diminués de 433 francs 15 ;

Condamne la Caisse aux dépens d'instance et d'appel.

considérés sur une période relativement longue, un trimestre par exemple.

Voici d'ailleurs, à titre d'information, l'instruction qui a été donnée, à ce sujet, aux Caisses d'assurances-invalidité par l'Union régionale à Paris et qui précise le point de vue de cet organisme sur la question :

Paris, le 8 octobre 1937.

209/1937

UNION RÉGIONALE
D'ASSURANCES SOCIALES

9, rue Boudreau, 9
PARIS

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que la Commission Juridique et le bureau de l'Union des Caisses ont été appelés, sur l'initiative de différentes Caisses-Invalidité, à procéder à un nouvel examen du problème des suspensions des pensions pour cause de reprise de travail à un salaire qui, cumulé avec la pension, se trouve supérieur au gain perçu par l'assuré avant sa maladie.

Aux termes de l'article 10, § 7, du décret-loi le service de la pension est suspendu, en tout ou partie, lorsque l'intéressé, en cas de reprise du travail, jouit sous forme de pension de salaire ou de gain cumulés, de ressources au moins égales à celles dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide.

L'application de ce texte a soulevé des problèmes dont la complexité n'a échappé à aucun organisme appelé à statuer sur les propositions de suspensions de l'Union Régionale.

Jusqu'ici, la pension a été suspendue, le plus souvent par votre Caisse, à compter du jour même où l'assuré avait repris le travail.

Il est apparu nécessaire à certaines Caisses-Invalidité d'apporter à cette pratique une atténuation notamment dans le cas où il s'agissait d'*anciens apprentis* reprenant le travail en qualité d'ouvriers ou d'employés et dans le cas de reprise de travail à un taux théoriquement supérieur, mais réellement inférieur si l'on tient compte dans une certaine mesure des variations de salaires depuis Juin ou juillet 1936.

La Commission Juridique et le bureau ont considéré que ces atténuations étaient insuffisantes étant donné que le salaire pris

en considération lors de la reprise du travail pouvait n'être versé que pendant une très courte durée. L'évaluation pour une année entière d'un salaire dont on connaît le taux horaire ou le tarif hebdomadaire n'a, en effet, qu'une valeur très relative et il est apparu qu'il convenait moins de déterminer ce que l'assuré aurait touché au bout d'une année entière de travail régulièrement rémunérée que de savoir si, effectivement, l'assuré a reçu dans son nouvel emploi pendant le trimestre d'arrérages, un salaire tel que la condition visée par le décret-loi se trouve remplie.

Les organismes de l'Union ont été incités à vous proposer un nouvel examen de la question, *par le jugement du Tribunal Civil de la Seine en date du 7 avril 1937* qui dans ses attendus, a exposé une conception qui semble très équitable et plus logique pour l'évaluation des dépassements de salaires. Je vous prie d'ailleurs de vouloir bien trouver ci-joint le texte de ce jugement.

La Commission Juridique et le Bureau se sont trouvés unanimes à estimer qu'en cas de reprise du travail, par exemple le 16 juin 1937, l'Union ne devrait proposer à votre Caisse la suspension que si l'assuré a effectivement perçu au cours du trimestre d'arrérages écoulé entre le 1^{er} juin et le 31 août un salaire qui, cumulé avec la pension, représente un gain supérieur au salaire ancien. La suspension ne devrait prendre effet qu'au premier jour du trimestre civil d'arrérages qui suivra celui au cours duquel le dépassement s'est produit, c'est-à-dire dans le cas envisagé, au 1^{er} septembre 1937, afin de ne prendre finalement en considération que les reprises de travail d'une certaine durée.

L'effet de la suspension serait de réduire le montant de l'arrérage, sur production d'attestation de salaires, lors des échéances ultérieures, d'une somme égale à la différence entre le montant du salaire ancien et le total de l'arrérage et salaire effectivement perçu par l'assuré pendant chaque trimestre d'arrérages.

Le salaire ancien à retenir pour cette comparaison serait strictement égal au quart du salaire perçu pendant les 12 mois précédant la maladie ayant entraîné l'invalidité, afin d'éviter, en ne prenant en considération qu'une période de trois mois, des variations de salaires trop appréciables pour des professions ayant un certain caractère saisonnier.

En conclusion, je vous prie de vouloir bien trouver, sous ce pli :

- 1° Le texte du jugement visé ci-dessus ;
- 2° Le texte d'une note pouvant servir de règle dans les cas où une suspension devrait être envisagée ;
- 3° Un avant-projet de notification modifié en vue de tenir compte de la jurisprudence nouvelle ;
- 4° Un projet d'attestation d'employeur.

Je vous serais infiniment reconnaissant de bien vouloir me

faire part de vos suggestions et avec l'espoir que vous voudrez bien vous associer à l'initiative prise par la Caisse Interprofessionnelle, la Caisse de la Mutualité Française et la Caisse de la Fédération Mutualiste de la Seine, dans l'intérêt bien compris des assurés sociaux, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur :

G. GRIMALD.

III. — TAUX D'INCAPACITÉ REDEVENU INFÉRIEUR A 50 %

Enfin, dernier cas de suspension possible de la pension d'invalidité : l'amélioration de l'état de santé de l'assuré entraînant une réduction de l'incapacité de travail à un taux inférieur à 50 %.

L'article 10, § 7, 2^{me} alinéa, du décret-loi prévoit, en effet, que la pension est supprimée ou suspendue si la capacité de travail devient supérieure à 50 %. Cette même prescription fait l'objet de l'article 34 du règlement général du 19 mars 1936 qui dispose :

« § 1. — Si le médecin contrôleur de la Caisse d'assurance-invalidité constate que la capacité de travail de l'invalidé pensionné est supérieure à 50 %, cette caisse suspend ou supprime la pension soit immédiatement, soit à partir d'une date qu'elle fixera dans sa décision. Elle décide, en outre, s'il y a lieu de continuer les soins. Elle notifie cette décision par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'assuré et, éventuellement à l'Union régionale, si l'assuré est encore à la charge de celle-ci, ainsi qu'à la Caisse d'assurance-maladie, s'il y a lieu.

§ 2. — Pendant les cinq premières années d'attribution de la pension d'invalidité, l'Union régionale peut, sur les constatations faites par son médecin-contrôleur, demander la suspension ou la suppression de la dite

pension à la Caisse d'assurance d'invalidité visée au paragraphe précédent.

Ainsi, en cas d'amélioration de l'état de santé de l'invalidé, amélioration telle que le taux de la capacité de travail puisse être évalué à plus de 50 %, la caisse d'assurance-invalidité a le choix entre deux solutions : suspension ou suppression de la pension. Aucune disposition légale ou réglementaire n'impose aux caisses d'assurance d'adopter l'une ou l'autre de ces mesures.

Pratiquement, la Caisse décidera suivant que l'état de l'assuré lui paraîtra ou non stabilisé.

Elle suspendra la pension si l'état de l'assuré, bien que notablement amélioré, reste précaire, elle la supprimera au contraire si cet état lui paraît définitif. C'est à la fois l'intérêt de l'assuré et son intérêt propre.

Les effets de la décision de suspension varient suivant la cause de cette décision. En cas de refus de se soumettre à la visite, la suspension de la pension entraîne automatiquement la suspension du service des arrérages et des prestations en nature à compter du jour où ce refus prend date certaine, c'est-à-dire du jour prévu par le médecin pour l'examen de l'intéressé (1). S'il s'agit au contraire d'une suspension à la suite de la reprise par l'assuré d'une activité ouvrière, la suspension peut s'appliquer, nous l'avons vu, soit à la totalité des arrérages, soit à une partie seulement, cette suspension ayant effet en principe à compter du jour de la reprise du travail ou à une date ultérieure si l'on s'en tient à l'avis que nous avons reproduit de l'Union régionale de Paris.

(1) On considère qu'il y a refus d'examen si l'invalidé ne répond pas à la convocation par lettre recommandée du médecin de la caisse ou de l'Union ou s'oppose à la visite de celui-ci s'il s'agit d'un invalide ne pouvant quitter la chambre (décret-loi art. 10, § 10).

Quant aux prestations en nature, la caisse peut en suspendre le service ou, si elle le juge utile, le maintenir (article 10 § 8 du décret-loi).

Il en est de même en cas de suspension à la suite de l'amélioration de l'état de santé de l'assuré (taux d'invalidité devenu inférieur à 50 %), la Caisse invalidité ayant à décider s'il y a lieu de continuer les soins (article 34 du règlement général du 19 mars 1936).

Quant à la date d'effet de la mesure de suspension, lorsqu'elle est intervenue dans cette hypothèse, elle est fixée soit immédiatement, c'est-à-dire au jour de l'examen au cours duquel il a été constaté que l'invalidé avait récupéré 50 % de sa capacité de travail, soit à partir d'une date que la Caisse fixera dans sa décision.

Cette faculté qu'a ainsi la Caisse de différer sa décision présente au point de vue social un intérêt indiscutable. Elle permet d'éviter, notamment, qu'un assuré soit privé prématurément de ressources qui lui seraient nécessaires et que, par suite, obligé de reprendre le travail avant que ses lésions soient suffisamment consolidées, il ne retombe à bref délai à la charge de la Caisse d'assurance ou de la collectivité. Nous retrouverons, d'ailleurs, une disposition analogue quand nous étudierons la question de la suppression de la pension. et nous serons amené à confirmer le bien-fondé de cette possibilité d'ajournement dont les Caisses ne doivent pas méconnaître l'intérêt ; des mesures comme la suspension, et surtout la suppression de la pension, ne devant intervenir qu'à bon escient, en raison de leurs répercussions possibles sur l'état de santé de l'individu.

Quelle que soit la cause de la suspension, cette mesure doit disparaître ipso-facto quand en disparaît le motif.

Ainsi, le service de la pension et, le cas échéant celui des soins aux invalides, doivent être repris quand l'assuré se soumet à la visite prescrite ou quand il cesse son travail ou quand le taux de son incapacité redevient supérieur à 50 %.

Dans tous ces cas, la Caisse ou l'Union doit reprendre le service des arrérages à compter d'une date qu'il lui appartient de fixer, mais qui ne saurait être postérieure au jour de la visite médicale (suspension pour refus de se soumettre au contrôle ou suspension pour capacité de travail supérieure à 50 %), soit au jour de cessation de travail dans le cas où la pension a été suspendue en raison du salaire perçu par l'intéressé.

CHAPITRE III

SUPPRESSION DE LA PENSION D'INVALIDITE EXTINCTION ET SUBSTITUTION DE LA PENSION DE VIEILLESSE REVISION DE LA PENSION OU DES MAJORATIONS POUR CHARGES DE FAMILLE

La pension d'invalidité peut prendre fin soit par le retour de l'assuré à la validité légale, soit normalement quand l'invalidé atteint l'âge de 60 ans.

I. — RETOUR A LA VALIDITÉ LÉGALE

Nous avons vu au chapitre précédent que l'article 10 § 7 du décret-loi a prévu que la pension serait supprimée ou suspendue si la capacité de travail devenait supérieure à 50 %, et nous avons indiqué qu'aucun texte légal ou réglementaire, ne faisait, à la Caisse d'assurance, obligation de choisir l'une ou l'autre de ces deux solutions.

La Caisse est-elle donc souveraine sur ce point, et la Commission technique qui peut être appelée à se pro-

noncer en cas de contestation de l'assuré sur la mesure intervenue doit-elle se borner à apprécier l'état d'invalidité de l'assuré à une date déterminée ?

Une réponse affirmative à cette question avait été fournie par la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales dans sa décision N° 315 (7 novembre 1936, Affaire Pa c/ Caisse La Famille), qui contenait notamment ces deux derniers attendus :

« Considérant que la Commission technique ne pouvait, comme elle l'a fait, se prononcer sur la suspension ou la suppression de la pension.

« Qu'elle n'avait compétence que pour apprécier « l'état d'invalidité de l'assuré » (1).

Mais cette jurisprudence paraît avoir été abandonnée ; la section permanente ayant admis un point de vue différent dans une décision plus récente (Affaire Ribot c/ Caisse de Capitalisation du Sud-Est).

« Considérant, dit cette décision, qu'il résulte de l'instruction que, si la Commission technique a déclaré à juste titre que le sieur R....., à la date à laquelle avait effet la suppression de sa pension, avait retrouvé une capacité de travail supérieure à 50 %, elle eût dû, par contre, décider qu'il n'était pas établi que l'amélioration survenue dans l'état de santé de cet assuré ait présenté un caractère définitif ».

« Il est décidé qu'à la date à laquelle a pris effet la « suppression de sa pension, le sieur R.... avait recouvré une capacité de travail supérieure à 50 %, que « par contre, il n'était pas établi que le recouvrement

(1) Cf. également section permanente du Conseil supérieur des Assurances Sociales, 7 novembre 1936. Ch. c/ Caisse des Forges. Affaire n° 319.

« par l'assuré d'une partie de sa capacité de travail
« ait présenté un caractère définitif », etc....

Evidemment, la rédaction de cette sentence peut laisser planer un doute sur les intentions de la Section permanente, mais le rapport de l'auditeur au Conseil d'Etat qui a précédé l'adoption de cette décision, précise nettement que, revenant sur sa jurisprudence antérieure, la Section permanente estime que les Commissions techniques doivent non pas décider expressément si la pension doit être supprimée ou suspendue, mais obliger, en définitive, la Caisse d'assurance à adopter l'une ou l'autre de ces solutions en se prononçant dans leurs sentences sur le caractère temporaire ou définitif de l'amélioration de l'état de santé de l'assuré.

Ceci posé, si la mesure de suppression, après avoir été décidée et notifiée, n'est pas contestée dans le délai réglementaire, elle entraîne la suppression définitive des arrérages à compter de la date d'effet prévue par la Caisse d'assurance (1).

Quant au service des prestations des soins aux invalides, il est arrêté en même temps que les arrérages ou prolongé pendant une période dont la Caisse aura à fixer la durée (article 10 § 8 du décret-loi).

On peut se demander, à ce propos, si la décision relative au maintien ou à la suppression des soins, peut ou non être contestée devant la Commission technique ?

L'ancienne jurisprudence de la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales permettait de répondre négativement à cette question. Mais l'évolution que nous avons signalée à propos des déci-

(1) L'effet de la mesure de suppression peut être immédiat ou différé (article 34, § 1^{er} du règlement général du 19 mars 1936).

sions relatives à la suppression ou à la suspension de la pension laisse planer un doute sur ce point, et il semble bien qu'aujourd'hui, si un litige de ce genre lui était soumis, la section permanente n'hésiterait pas à se prononcer sur le maintien ou la suppression du droit aux prestations en nature.

Ce serait là, d'ailleurs, une solution qu'on ne pourrait qu'approuver en vertu du principe qui veut que toutes les décisions des caisses soient susceptibles d'être déférées à une juridiction.

Elle paraîtrait, en tous cas, conforme à la lettre et à l'esprit de l'article 34 § 3 du règlement général du 19 mars 1936, aux termes duquel la décision de la Caisse d'assurance d'invalidité suspendant ou supprimant la pension ou les soins peut être contestée dans les conditions prévues à l'article 35 du même décret, c'est-à-dire devant la Commission technique.

II. — ENTRÉE EN JOUISSANCE DE LA PENSION DE VIEILLESSE

Aux termes de l'article 10 § 14 du décret-loi :

« La pension d'invalidité prend fin à l'âge de soixante ans. Elle est remplacée à partir de cet âge par la pension de vieillesse à laquelle l'assuré a droit en raison tant des versements effectués par ses employeurs successifs que des cotisations versées annuellement en leur lieu et place, par la Caisse d'invalidité, en ce qui concerne l'assurance vieillesse ».

Les conditions de cette substitution sont précisées par l'article 38 du règlement général du 19 mars 1936 qui dispose :

§ 1. — La pension d'invalidité, y compris éventuellement la majoration pour charges de famille prévue à

l'article 14 § 2 du décret-loi du 28 octobre 1935, ainsi que les soins aux invalides prennent fin au premier jour du trimestre civil qui suit le soixantième anniversaire de l'assuré.

A partir de cette date, l'assuré a droit à la pension de vieillesse correspondant tant aux cotisations versées avant qu'il ne devienne invalide qu'aux cotisations versées ultérieurement par la Caisse d'assurance-invalidité et affectées à l'assurance-vieillesse (1).

Cette pension de vieillesse est liquidée dans les conditions prévues à l'article 11 du décret-loi du 28 octobre 1935.

§ 2. — Si la pension ou la rente de vieillesse à laquelle l'assuré a droit est inférieure à la pension d'invalidité précédemment accordée, le fonds de majoration verse un complément de rente égal à la différence entre la pension d'invalidité et la rente de vieillesse.

Si l'assuré a effectué des versements à capital réservé, le complément de rente à la charge du fonds de majoration est calculé en supposant que ces versements ont été opérés à capital aliéné.

Le principe de l'extinction de la pension d'invalidité lorsque le pensionné atteint l'âge de 60 ans est une innovation du décret-loi.

Sous l'empire des anciens textes, en effet, l'assuré admis au bénéfice de l'assurance-invalidité pouvait conserver le bénéfice de sa pension d'invalidité au-delà de l'âge de 60 ans, ladite pension n'étant susceptible de suppression qu'en cas de retour à la validité légale. Notons seulement que l'article 10 § 9 de la loi du 5 avril

(1) Voir ci-dessus, Titre III, Chapitre I.

1928 modifiée avait prévu la liquidation et l'intégration de la rente vieillesse dans le montant de la pension d'invalidité, soit lorsque cette pension devenait définitive (après dix ans de jouissance) en cas d'incapacité permanente et absolue de travail, soit normalement à l'âge de soixante ans dans le cas contraire.

Mais, dans l'une ou l'autre de ces hypothèses, l'assuré conservait la qualité d'invalides avec tous les avantages et les inconvénients qui s'y attachaient.

Il n'en est pas de même sous l'empire du décret-loi et ce système mérite approbation. L'âge normal prévu pour l'entrée en jouissance de la pension de vieillesse (60 ans) est celui auquel on estime que l'affaiblissement de la capacité de travail de l'individu est tel qu'il y a lieu de combler la perte de salaire qui en résulte par l'attribution d'une pension. L'invalidité n'est en quelque sorte qu'un état de vieillesse prématuré : c'est une perte de la capacité ouvrière qui, au lieu de survenir normalement à soixante ans, est constatée à un âge moins avancé.

Aussi, on conçoit mal comment pourrait, au moins en théorie, se justifier une mesure de suppression de la pension d'invalidité pour retour à la validité légale intervenant à l'encontre d'un assuré ayant dépassé l'âge de 60 ans.

Par ailleurs, l'article 3 du décret-loi a prévu que les salariés cesseraient d'être inscrits dans l'assurance à compter du premier jour du trimestre civil suivant leur soixantième anniversaire de naissance, et il n'y avait aucune raison de faire échec à cette règle pour les assurés invalides.

Donc, pour les assurés reconnus invalides après le

1^{er} janvier 1936, ils cessent automatiquement de bénéficier de leur pension d'invalidité dès qu'ils atteignent l'âge de 60 ans. Quant aux assurés déjà pensionnés pour invalidité au 1^{er} janvier 1936, et qui avaient dépassé, à cette date, l'âge de 60 ans, leur situation a été réglée par les articles 47 et 170 du règlement général du 19 mars 1936 et la circulaire du Ministre du Travail (Administration Générale, 4^{me} Bureau), N° 29, du 28 mai 1936.

Une autre circulaire du Ministre du Travail, en date du 28 août 1936, contient des instructions contraires à celles de la circulaire précitée, mais il semble bien que seules les dispositions de la première sont conformes au texte et à l'esprit du règlement général.

Une difficulté qu'il nous paraît intéressant de signaler s'est élevée à propos de l'application en faveur des assurés invalides des dispositions de l'article 11 § 10 du décret-loi qui a prévu que « l'assuré peut demander la liquidation anticipée de sa pension à partir de l'âge de 55 ans, s'il a versé pendant 25 ans au moins depuis l'âge de 16 ans — cette dernière disposition n'étant pas exigée des anciens combattants titulaires de la carte ».

Une réponse affirmative a été fournie par le Ministre du Travail à l'occasion d'une question écrite qui a paru au Journal Officiel du 5 juin 1937 et que voici :

N° 3.449. — M. Jacques DUCLOS demande à Monsieur le Ministre du Travail si un assuré des Retraites Ouvrières et Paysannes qui a continué ses versements à l'application des Assurances sociales, et qui a une invalidité de travail lui donnant 600 francs par an de pension, perd ses droits à la retraite de vieillesse, l'intéressé ayant obtenu sa pension d'invalidité avant l'âge de soixante ans (Question du 7 mai 1937).

Réponse. — Il résulte de l'article 10 § 14 du décret-loi du 28 octobre 1935, que la pension d'invalidité versée à un assuré social prend fin, en principe, à l'âge de soixante ans, pour être remplacée par la pension vieillesse. Toutefois, en application de l'article 11 § 10 dudit décret-loi et de l'article 50 § 2 du décret portant règlement d'administration publique du 19 mars 1936, l'assuré dont il s'agit pourra, en sa qualité d'ancien titulaire des retraites ouvrières et paysannes, demander la liquidation anticipée de sa retraite, à partir de cinquante-cinq ans au plus tôt, s'il justifie de vingt-cinq années de versements ininterrompus, tant au titre des retraites ouvrières et paysannes que des Assurances sociales, dont cinq années au moins au titre de ces dernières.

La solution ministérielle ne nous semble pas devoir être retenue.

D'une part, en effet, les textes qui ont trait à la substitution de la pension de vieillesse à la pension d'invalidité confirment tous que cette substitution a lieu lorsque l'assuré atteint l'âge de 60 ans, et aucune exception à cette règle n'a été prévue ni dans le décret-loi, ni dans le Règlement général. D'autre part, les dispositions du décret-loi sur les Assurances sociales sont d'ordre public, c'est-à-dire qu'elles s'imposent aux assurés et qu'ils ne peuvent y renoncer. La loi sur les Assurances sociales a institué en faveur des assujettis une protection qu'ils peuvent revendiquer mais, qu'à notre avis, ils n'ont pas le droit d'abandonner pour demander des prestations à un autre titre.

Ainsi, l'assuré qui a fait reconnaître son droit au bénéfice de l'assurance-invalidité ne peut, selon nous, renoncer aux avantages de cette assurance pour deman-

der par anticipation la liquidation de la pension de vieillesse.

C'est pourquoi, nous estimons que la réponse que nous avons citée du Ministre du Travail à Monsieur Jacques DUCLOS ne donne pas une solution conforme aux principes consacrés par la loi.

III. — RÉVISION DE LA PENSION OU DES MAJORATIONS POUR CHARGES DE FAMILLE.

Nous avons vu, en étudiant la liquidation de la pension, qu'elle était indépendante du pourcentage d'incapacité de travail.

Aussi, l'aggravation de l'état d'invalidité de l'assuré n'entraîne pas révision de la pension. Les seules causes de révision résident dans une erreur de liquidation (sauf application du principe des droits acquis) (1) ou dans l'attribution au pensionné d'une rente pour accident du travail ou d'une pension militaire, (sous réserve bien entendu qu'il s'agisse d'un accident ou d'une blessure antérieurs à l'affection qui a ouvert droit à la pension d'invalidité).

Quant aux majorations pour charges de famille, elles doivent être augmentées pour tout nouvel enfant à la charge du pensionné, qu'il soit « légitime, naturel, reconnu recueilli, adoptif ou pupille de la Nation » dont l'assuré devient tuteur.

(1) Cf. à ce sujet la jurisprudence du Conseil d'Etat en matière de pensions des fonctionnaires établissant que « les décrets portant liquidation de pension créent en faveur des titulaires un droit irrévocable auquel aucune modification ne peut être apportée ultérieurement » et que « ces décrets établissent un titre soit au profit de l'Etat soit au profit des parties qui les ont obtenus, et ils ne peuvent être réformés que par un recours formel dans les termes de la loi ».

(Conseil d'Etat 1^{er} avril 1887. D. P. 88-3-75 ; 17 juillet 1908. D. P. 1910-3-43 ; 6 mars 1912. D. P. 15-3-51 ; 11 juin 1913-5 espèce. Recueil Conseil d'Etat, p. 649).

Elles seront diminuées, au contraire, en cas de décès d'un enfant à charge ou encore normalement quand l'enfant atteint l'âge de 16 ans, ou bien même si, avant d'atteindre cet âge, il commence à travailler et perçoit un salaire.

TITRE IV

ASSURÉS DE L'AGRICULTURE
FEMMES D'ASSURÉS INSCRITES DANS
L'ASSURANCE SPÉCIALE

CHAPITRE PREMIER

ASSURÉS DE L'AGRICULTURE ASSURÉS AYANT APPARTENU ALTERNATIVEMENT OU SUCCESSIVEMENT A L'ASSURANCE OBLIGATOIRE AGRICOLE OU NON AGRICOLE

I. — RÉGIME DES ASSURÉS DE L'AGRICULTURE

Les règles du régime applicable aux assurés de l'agriculture ont été déterminées par le décret-loi du 30 octobre 1935. Aux termes de l'article 1^{er} de ce décret, doivent être considérés comme salariés agricoles :

« 1° Les salariés des professions agricoles et forestières régies par les lois des 30 juin 1899, 15 juillet 1914, 15 décembre 1922 et 30 avril 1926 sur les accidents du travail agricole ;

2° Les salariés des artisans ruraux visés à l'article 9 du décret du 9 février 1921 adhérents ou non à un syndicat agricole ;

3° Les salariés des entreprises de battage et de travaux agricoles ;

4° Les employés des syndicats agricoles ;

5° Les employés des organismes pratiquant l'assurance sociale agricole instituée par le présent décret ;

6° Les employés des caisses d'assurances ou de réassurance mutuelle agricole régies par la loi du 4 juillet 1900 ;

7° Les employés des caisses de crédit agricole mutuel régies par la loi du 5 août 1920 modifiée ;

8° Les employés des coopératives agricoles régies par la loi du 5 août 1920 et par le décret du 9 août 1935 ;

9° Les employés des caisses d'allocations familiales agricoles régies par la loi du 11 mars 1932 ;

10° Et généralement les employés de tous groupements professionnels agricoles régulièrement constitués ».

Le régime de ces assurés au regard de l'assurance-invalidité présente de nombreuses analogies avec le régime des salariés des professions non agricoles.

Notons, tout d'abord, que le critérium de l'invalidité est le même (Notion de l'invalidité et pourcentage exigé) et que le stage minimum imposé a la même durée (2 ans).

Quant aux versements requis au cours de la période de référence, le législateur a cru devoir faire une distinction entre hommes, femmes et enfants.

Le deuxième alinéa de l'article 9 du décret-loi dispose, en effet, que pour pouvoir prétendre au bénéfice de l'assurance-invalidité, il faut que :

« le compte individuel d'assurance-vieillesse du requérant ait été crédité pour chacune des deux années précédant la maladie, de cotisations s'élevant au moins à 100 francs pour les hommes, 60 francs pour les femmes et 20 francs pour les enfants, jusqu'à l'âge de 16 ans ».

Lorsque ces conditions (pourcentage d'invalidité, du-

rée d'immatriculation et quotité des versements) sont remplies, la pension à attribuer à l'assuré est égale :

— Pour l'assuré immatriculé avant l'âge de 30 ans, à 10 fois la cotisation annuelle moyenne figurant au compte individuel de l'intéressé, cette cotisation étant arrondie à la dizaine la plus voisine ;

— Pour l'assuré immatriculé après 30 ans, la pension visée au paragraphe précédent est réduite d'un trentième par année ou fraction d'année d'âge compris entre 30 ans et l'âge d'entrée. Toutefois, la pension d'invalidité ne peut, en aucun cas, être inférieure à :

800 francs si l'assuré justifie de quatre ans de versements.

700 francs si l'assuré justifie de trois ans de versements.

600 francs si l'assuré justifie de deux ans de versements.

étant entendu que « ne comptent comme années de versements que celles au cours desquelles le compte individuel de l'assuré comporte suivant le cas, des cotisations annuelles versées au titre de l'assurance-vieillesse et s'élevant à 100, 60 ou 20 francs ».

Par ailleurs, l'assuré agricole, pensionné pour invalidité, bénéficie des prestations en nature, dans les mêmes conditions que les assurés appartenant à une profession du commerce et de l'industrie, puisque « pendant la durée de son invalidité et au maximum pendant cinq ans, l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité, bénéficie des prestations en nature de l'assurance-maladie à la condition de participer aux frais médicaux et pharmaceutiques correspondants » (article 9 § 2 du décret-loi).

Ces prestations sont servies aux pensionnés pour le compte des Unions nationales (organismes prévus à l'article 6 du décret-loi et dont le rôle correspond à celui des Unions régionales dans l'assurance non agricole) par l'organisme dont ils relevaient pour l'assurance-maladie.

Les assurés de l'agriculture bénéficient, en outre, des majorations pour charges de famille dans les mêmes conditions que les assurés non agricoles (article 18 du règlement général du 24 mars 1936).

Quant aux arrérages (pension et majorations), leur paiement incombe aux Unions nationales pendant les cinq premières années de l'invalidité et, passé ce délai, aux Caisses Capitalisation intéressées.

Telles sont les modalités particulières du régime de l'assurance-invalidité applicable aux assurés de l'agriculture (1) — les mesures de suspension, suppression, substitution de rente vieillesse, etc... étant identiques à celles qui ont été prévues pour les assurés du commerce et de l'industrie.

II. — RÉGIME APPLICABLE AUX ASSURÉS

QUI ONT APPARTENU ALTERNATIVEMENT OU SUCCESSIVEMENT
A L'ASSURANCE OBLIGATOIRE AGRICOLE ET NON AGRICOLE

Après avoir posé les règles applicables en matière d'assurance-invalidité, suivant la catégorie d'assurance — agricole ou non — dans laquelle l'assuré a cotisé, il nous reste à examiner la situation des salariés inscrits successivement ou alternativement dans l'assurance des

(1) Le montant de la cotisation annuelle d'assurance vieillesse des invalides (professions agricole), est fixé à : 24 francs jusqu'à 16 ans ; 72 francs pour les femmes de plus de 16 ans ; 120 francs pour les hommes de plus de 16 ans. (Arrêté du 20 Juin 1936).

professions agricoles et dans celle qui s'applique aux professions du commerce et de l'industrie.

La situation de ces assurés a fait l'objet des circulaires du Ministre du Travail n° 50 du 2 novembre 1936 et 93 du 12 décembre 1936 (Administration générale).

Aux termes de la première de ces circulaires, lorsque des assurés ont appartenu alternativement aux professions non agricoles et agricoles, leur pension d'invalidité doit être liquidée conformément aux dispositions de l'article 40 § 7 du règlement d'administration publique du 24 mars 1936. Aux termes de cet article, les prestations dues dans ce cas sont celles correspondant au régime soit des professions agricoles, soit des professions du commerce et de l'industrie, suivant que l'organisme qui a la charge des prestations relève de l'un ou de l'autre de ces régimes.

Le paragraphe 4 du même article 40 sus-visé précise, d'autre part, que l'organisme qui a la charge des prestations invalidité est celui au regard duquel les conditions légales d'immatriculation et de versements sont remplies par l'assuré.

Lorsque ces conditions ne sont pas remplies au regard dudit organisme, et si, par ailleurs, l'assuré a droit aux prestations, c'est l'organisme auquel l'assuré a appartenu en dernier lieu qui doit supporter, en définitive, la charge des prestations, encore que l'organisme d'affiliation demeure chargé du service des prestations. Dans ce cas, ce sera donc le régime dont relèvera l'organisme auquel l'assuré aura été affilié précédemment qui devra être appliqué pour la liquidation de la pension.

Pour la détermination du salaire annuel moyen ou de la cotisation annuelle moyenne servant de base au

calcul du minimum de pension, il ne sera fait état que des seuls versements opérés sous le régime qui sera applicable. Mais, pour déterminer si l'assuré justifie du minimum de versements ouvrant droit au minimum de 600 à 1.000 francs pour les assurés non agricoles, ou de 600 à 800 francs pour les assurés agricoles, il sera tenu compte de la totalité des années de versements accomplies sous le régime non agricole et le régime agricole ; compteront, à cet effet, comme années de versements valables, celles pour lesquelles l'assuré justifiera du minimum de cotisations prévu pour l'obtention du minimum fixe de pension par le régime sous lequel elles auront été accomplies.

Devront être considérés comme satisfaisant aux conditions de versements ouvrant droit à la pension d'invalidité les assurés qui, au cours de la période de référence visée à l'article 10 § 4 du décret-loi du 28 octobre 1935 et à l'article 9 § 1^{er}, du décret-loi du 30 octobre 1935, auront appartenu alternativement au régime non agricole et au régime agricole, s'ils justifient, pour la période passée sous chaque régime, du minimum de versements fixé respectivement par lesdits articles, et calculé au prorata du nombre de mois de chaque période.

Quant à la circulaire n° 93, elle a trait aux assurés agricoles qui effectuent un travail non agricole ou vice-versa, et précise, à leur sujet, que, pour déterminer les prestations auxquelles auront droit ces assurés, il conviendra de décompter les versements constatés sur les feuillets supplémentaires (1) pour une valeur majorée

(1) Feuillet sur lesquels sont constatées les cotisations afférentes à la profession accessoire par opposition aux feuillets normaux sur lesquels sont constatées les cotisations afférentes à la profession principale.

s'il s'agit d'assurés non agricoles ayant effectué des travaux agricoles ou pour une valeur minorée dans le cas contraire (voir détail dans la circulaire dont il s'agit).

CHAPITRE II

FEMMES D'ASSURES INSCRITES DANS L'ASSURANCE SPECIALE

L'article 16 du décret-loi du 28 octobre 1935 prévoit :

« Les femmes non salariées des assurés sont admises au bénéfice de l'assurance spéciale définie comme suit : Elles sont considérées comme des assurées obligatoires recevant un salaire annuel supposé de 1.500 francs sauf les différences ci-après. Leur cotisation est fixée à 8 % de ce salaire supposé, soit 30 francs par trimestre. Elles n'ont pas droit aux indemnités journalières prévues à l'article 7 § 1^{er} du décret-loi (en cas de maladie de l'assuré). L'attribution d'une pension d'invalidité ne joue qu'en cas d'incapacité totale de vaquer aux soins du ménage.

.....
Le minimum garanti pour la pension d'invalidité en période transitoire est fixé à 250 francs et accordé dans les mêmes conditions de versements.

De ce régime tout à fait particulier, nous retiendrons

surtout la notion d'invalidité, celle-ci devant s'apprécier en fonction de l'impossibilité de vaquer aux soins du ménage ; c'est en quelque sorte une incapacité professionnelle, puisqu'il s'agit exclusivement des femmes non salariées d'assurés sociaux qui consacrent leur activité aux travaux ménagers. Notons, également, que pour avoir droit à pension, l'assurée spéciale doit être atteinte non pas d'une invalidité importante, mais bien d'une incapacité *totale* de vaquer aux soins du ménage. C'est sur ce point qu'auront à se prononcer le médecin-contrôleur et la Caisse d'invalidité pour l'attribution de la pension, comme le cas échéant, pour sa suppression ou sa suspension éventuelle.

Quant au montant de la pension, il est déterminé conformément aux dispositions contenues dans la circulaire n° 80 du Ministre du Travail qui prévoit :

« On totalisera à part les cotisations-vieillesse afférentes à des périodes antérieures à 1936 (C) et les cotisations globales acquittées pour des périodes postérieures à 1935 (C').

Le salaire annuel moyen de base (S) sera obtenu par l'application de la formule :

$$S = \frac{(C \times 30) + (C' \times 12.50)}{M} \times 12$$

M, représentant le nombre total de mois d'assurance.

Le salaire annuel moyen de base ainsi obtenu sera arrondi au multiple de 100 francs le plus voisin.

La pension totale ou réduite sera ensuite calculée suivant les règles applicables aux assurés du commerce et de l'industrie et arrondie au multiple de 100 francs le plus voisin.

Toutefois, pour les assurées de la période transitoire

le chiffre de pension à attribuer ne pourra être inférieur à 250 francs, conformément aux dispositions de l'article 16 § 1^{er} du décret-loi du 28 octobre 1935, si les intéressés comptent au moins 2 ans de versements. Seules entreront en compte, à cet effet, les années de versements pour lesquelles les intéressées justifieront :

a) En ce qui concerne les périodes antérieures à 1936, d'un minimum de versements égal au produit du nombre de mois d'assurance par 4 francs ;

b) En ce qui concerne les périodes postérieures à 1935, d'un versement de 30 francs par trimestre.

TITRE V

LITIGES

Les litiges qui peuvent s'élever entre les assurés et les Caisses à l'occasion du fonctionnement de l'assurance-invalidité peuvent être d'ordre médical ou administratif.

Quels qu'ils soient, il faut, évidemment, qu'une juridiction, juridiction spéciale ou juridiction de droit commun, soit habilitée à en connaître.

A juste titre, le législateur a préféré confier à des juridictions spéciales le soin de trancher les contestations éventuelles, tout au moins en première instance.

Les juridictions ainsi créées sont habilitées, les unes — commission technique et section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales en appel — à connaître des litiges d'ordre médical, les autres — commission d'arrondissement, Tribunal civil et Cour de Cassation — à statuer sur les litiges d'ordre administratif.

La procédure spéciale devant ces juridictions est, comme nous le verrons au cours des chapitres qui vont

suivre, simple, rapide et peu onéreuse (1). Elle correspond vraiment à une législation sociale et mérite une approbation sans réserve.

(1) C'est pour cette raison que le bénéfice de l'assistance judiciaire n'a pas été prévu en faveur des assurés sans ressources qui désirent faire valoir leurs droits devant les diverses juridictions instituées par la législation des Assurances Sociales. (Réponse du Ministre du Travail à question écrite de M. APPOURCHAUX, n° 13.000. *Journal Officiel* du 6 août 1935).

CHAPITRE PREMIER

LITIGES D'ORDRE MEDICAL

**Commission Technique d'invalidité. — Composition. —
Compétence. — Procédure. — Appel.**

Si l'assuré conteste le pourcentage de l'incapacité qui lui a été notifié par la Caisse d'invalidité, ou si cette caisse estime qu'un nouvel examen du dossier est nécessaire, l'état d'incapacité est apprécié par une commission constituée pour chaque région dans les conditions fixées par arrêté du Ministre du Travail et comprenant obligatoirement un médecin désigné par l'assuré et un médecin désigné par la Caisse d'assurance-invalidité. Il peut être fait appel des décisions de cette commission devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales (article 10 § 3 du décret-loi).

La composition de cette commission a fait l'objet de deux arrêtés du Ministre du Travail.

Le premier en date du 29 mai 1936 avait prévu que la dite commission comprendrait :

Un médecin président désigné chaque année par le premier Président de la Cour d'Appel, soit sur une liste des médecins près la Cour d'Appel, soit sur une liste établie par les syndicats ou associations des médecins de la région, un médecin désigné par la Caisse d'assurance-invalidité intéressée, un médecin désigné par l'Union régionale des Caisses primaires d'assurance maladie-maternité, un médecin désigné par l'assuré (1).

La commission était, ainsi, composée d'un médecin président, choisi en dehors des parties par le Président de la Cour d'Appel : le mode de désignation de ce mé-

(1) Le Ministre du Travail a fourni, à ce sujet, les précisions suivantes :

1°) L'article 1^{er} de l'arrêté du 29 mai 1936 a prévu que la Commission technique régionale comprendrait dans tous les cas un médecin désigné par l'Union régionale des Caisses primaires d'assurance maladie-maternité. La désignation faite par cette Union vaut ainsi pour toutes les affaires, que le recours soit formé par l'assuré, par la Caisse invalidité ou par l'Union. Dans ce dernier cas, le Secrétariat de la Commission n'a donc pas à inviter l'Union régionale à désigner un représentant.

2°) Les Syndicats de médecins établissent des listes de médecins sur lesquelles l'assuré ou le médecin désigné par l'assuré, peut exercer son choix pour se faire représenter. Ainsi, l'assuré a la possibilité d'éviter, soit les frais de déplacement de son médecin traitant s'il est soigné en dehors de la région, soit des honoraires trop élevés, si son médecin traitant est un professeur ou un médecin des hôpitaux.

3°) Il n'appartient ni au Service régional, ni au Secrétariat de la Commission technique régionale, de demander aux Syndicats médicaux communication des listes de médecins ainsi établies.

Toutefois, le Secrétariat de la Commission peut valablement recevoir ces listes des Syndicats médicaux et les communiquer aux assurés ou aux médecins traitants sur la demande de l'assuré ou de son médecin.

J'ajoute qu'il n'y a aucun inconvénient à ce que le Secrétaire de la Commission, en invitant l'assuré à désigner un médecin appelé à le représenter, l'informe de la faculté qu'il a de désigner, soit son médecin traitant, soit un autre médecin qu'il peut choisir sur la liste établie par les Syndicats médicaux de la région, liste que le Secrétariat lui communiquera sur sa demande.

4°) Les listes susvisées peuvent être déposées par les Syndicats médicaux dans les bureaux des Caisses d'assurance-maladie et des Caisses d'assurance-invalidité où les intéressés pourront les consulter.

5°) Lorsque le médecin primitivement désigné par l'assuré se fait représenter par un médecin désigné sur la liste établie par les syndicats médicaux, ce choix n'est valable que si l'assuré a contresigné la lettre par laquelle le médecin, qu'il avait désigné à l'origine, informe le Secrétariat de la Commission de son désir de se faire représenter (Circulaire n° 52, du 17 Juin 1937. Administration Générale, 4^{me} Bureau).

decin laissant prévoir — ce qui n'a pas manqué de se produire dans la pratique — que le choix du Président se porterait sur un médecin de la région jouissant d'une certaine autorité sur ses confrères.

La Caisse invalidité et l'assuré également intéressés au débat étaient représentés chacun par son médecin. Enfin, l'Union régionale des Caisses d'Assurances sociales, étant également considérée comme partie aux débats, son médecin était appelé à prendre part aux délibérations de la commission avec voix délibérative.

Cette disposition nous paraît critiquable à plusieurs points de vue. Tout d'abord, en donnant deux représentants aux organismes d'Assurances sociales et un représentant à l'assuré, elle détruisait l'égalité de représentation nécessaire à l'administration d'une bonne justice. Certes, cet inconvénient était tempéré du fait que le Président avait voix prépondérante, mais il y avait là un certain déséquilibre qui pouvait aboutir à un résultat fâcheux pour l'assuré, surtout dans le cas où son médecin traitant, empêché, ne pouvait assister à la séance de la commission (1).

Il eût été facile de remédier à cet inconvénient. Il suffisait, en effet, de prévoir que seul l'organisme dont la décision était contestée devant la Commission technique — Caisse ou Union (2) — serait représenté par un médecin ayant voix délibérative, le médecin de l'autre organisme d'assurance ne siégeant qu'avec voix

(1) L'absence du médecin traitant régulièrement convoqué n'entache pas de nullité la décision de la Commission technique. Section Permanente. Affaire Marcel. Bon n° 364, 1^{er} février 1937 et Blachère, n° 387, 16 avril 1937. Voir également affaires Gardes, n° 259 et de Lylle, n° 376 du 26 avril 1937.

(2) En principe, toutes les décisions sont prises par la Caisse d'assurance invalidité.

consultative. D'autre part, on ne conçoit pas très bien le rôle que jouera le médecin contrôleur de l'Union lorsqu'une contestation s'élèvera au sujet de l'état d'un assuré reconnu invalide depuis plus de cinq ans et auquel l'Union n'aura plus aucune prestation à dispenser.

Aussi, il semble qu'à tous égards, il eut été souhaitable que, pour une contestation élevée par un assuré, la Caisse d'assurance-invalidité seule ait pu être représentée à la Commission technique par un médecin ayant voix délibérative, le médecin de l'Union pouvant être entendu par la Commission, mais seulement à titre d'information. Par contre, on eut pu prévoir que, pour les contestations élevées par les Unions Régionales, les médecins de la Caisse et de l'Union siègeraient avec voix délibérative, le médecin de l'assuré avec simple voix consultative.

Mais la composition de la Commission technique a été profondément modifiée à l'occasion du bouleversement apporté à la notion de l'invalidité retenue pour l'ouverture ou le maintien de droit à pension, bouleversement que nous avons signalé précédemment (1).

Un arrêté du Ministre du Travail en date du 27 novembre 1937 a prévu, en effet, qu'aux quatre médecins qui composaient la commission technique, serait adjoint un représentant de l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre dans la circonscription duquel se trouve le siège du service régional d'assurances sociales — ce représentant, désigné pour une ou plusieurs séances devant être choisi parmi les fonctionnaires appartenant au personnel du service du contrôle de

(1) Voir ci-dessus Titre II, chapitre I B.

la main-d'œuvre, soit parmi les membres des commissions administratives des offices départementaux de placement prévues à l'article 85 c du livre premier du Code du Travail.

Ainsi, en quelque sorte parallèlement à la prise en considération pour la définition de l'invalidité du salaire effectivement perçu par l'assuré et de ses possibilités de reclassement, on a introduit dans la commission appelée à connaître de ses différends avec la Caisse, un élément administratif qui pourra, le cas échéant, donner aux médecins un avis autorisé sur la situation du marché du travail dans la région et les probabilités de réadaptation de l'invalidé.

Cette mesure est encore trop récente pour qu'on puisse en apprécier les résultats, mais nous estimons, a priori, que la présence d'un fonctionnaire, lors des délibérations des médecins, appelle quelques réserves.

Nous pensons, en effet, qu'il est souhaitable que les commissions appelées à se prononcer sur des conflits qui sont d'ordre essentiellement médical soient composées uniquement de médecins, à l'exclusion de tout élément administratif (1).

*
**

La Commission technique d'invalidité est appelée à se prononcer sur tous les litiges élevés à la suite des décisions prises par les Caisses d'assurance-invalidité

(1) Cf. Note du Ministre du Travail du 4 février 1938 prescrivant certaines précautions en vue d'éviter toutes difficultés touchant l'observation du secret professionnel.

en exécution des articles 32 et 34 du règlement général du 19 mars 1936, c'est-à-dire :

— Evaluation à plus ou moins des deux tiers du taux d'invalidité de l'assuré qui sollicite l'attribution d'une pension.

— Imputabilité éventuelle de l'aggravation de l'état d'invalidité à la cause qui a ouvert droit à pension militaire ou à rente d'accident du travail.

— Evaluation à plus ou moins de 50 % de la capacité de travail du pensionné (1).

Ceci posé, nous avons vu en étudiant les questions de suspension et de suppression, avec ou sans maintien des soins, comment avait évolué la jurisprudence de la Section permanente du Conseil Supérieur des Assurances Sociales en matière de compétence de la Commission Technique. De nombreuses décisions, en effet, avaient limité la compétence de la commission à l'évaluation du pourcentage d'invalidité, tout en déniaut à la commission la possibilité de statuer sur le droit à pension, le point de départ des arrérages, la suppression ou la suspension éventuelle de la pension et l'attribution des soins (Voir notamment Section Permanente du Conseil Supérieur des Assurances Sociales, 3 et 4 avril 1936, Nos 219, 220 (compétence limitée à l'évaluation du taux

(1) C'est certainement par erreur que l'article 43, § 2 du règlement général du 19 mars 1936 a prévu que la décision de suspension de pension qui doit être prononcée lorsque l'assuré a repris le travail et jouit de ressources au moins égales au salaire qu'il percevait avant de devenir invalide, pourrait être déferée à la Commission technique. Un litige à ce sujet — qui porte sur la comparaison de deux chiffres — ne peut être soumis qu'à la commission d'arrondissement. A notre connaissance, d'ailleurs, l'exception d'incompétence n'a jamais été soulevée devant une commission d'arrondissement, pour une affaire de ce genre.

d'invalidité) N° 250 (incompétence de la Commission pour la prolongation des soins), également 4 juillet 1936, N° 275 (incompétence pour la durée de l'invalidité) 7 novembre 1936, N° 315 (incompétence pour se prononcer sur le droit à pension comme sur la suppression ou la suspension éventuelle), 24 novembre 1936, N° 313, (incompétence pour décider de l'attribution de nouvelles prestations maladie) et 7 novembre 1936, N° 325, (incompétence pour fixer la durée de la pension).

Mais, ainsi que nous l'avons signalé, la jurisprudence de la Section permanente, bien qu'un peu chaotique (1), paraît, néanmoins, s'orienter vers des solutions diamétralement opposées.

Signalons à ce sujet : Décision N° 367 du 26 avril 1937, Affaire Zibo (commission technique compétente pour décider que l'incapacité étant inférieure à 66 %, il y a lieu de continuer à dispenser les soins) ; Décision N° 389, du 26 avril 1937, Affaire Marty (transformation d'une décision de suppression en suspension avec soins, l'affection paraissant de nature à entraîner cessation de travail).

Ceci posé, quant à la compétence « *ratione materiae* », nous noterons que la compétence « *ratione loci* » a été fixée comme suit par l'article 3 de l'arrêté du 29 mai 1936.

« La Commission technique régionale compétente en cas de contestation des décisions prises par la Caisse

(1) Sur un point, la section permanente paraît maintenir sa jurisprudence antérieure en confirmant à chaque occasion que les commissions techniques ne sont pas compétentes pour statuer sur le droit à pension et que leur rôle se borne à l'appréciation du taux de l'invalidité à la fin des 6 mois de maladie (voir notamment affaires nos 381 et 385, 26 avril 1937).

d'assurance-invalidité, en vertu des articles 32 et 34 du décret du 19 mars 1936 sus-visé, est celle dans la circonscription de laquelle a son siège la Caisse maladie qui a eu la charge des prestations pendant les six premiers mois de l'incapacité de travail ».

*
**

L'article 35 § 1^{er} du règlement général du 19 mars 1936 prévoit :

« L'assuré qui conteste les décisions prises par la Caisse d'assurance-invalidité dispose d'un délai de quinze jours à compter de la date de réception de la notification de ces décisions pour adresser sa réclamation par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au secrétariat de la commission technique régionale, en indiquant le nom du médecin qu'il désigne pour y siéger ».

La même procédure est suivie si l'Union régionale entend contester ces décisions pendant les cinq premières années de l'invalidité. Dans ce cas, l'Union régionale se fait représenter devant la commission par un médecin de son choix (1).

La commission statue dans le délai de deux mois après avoir procédé à une enquête et une expertise sur place, s'il y a lieu ».

Ainsi, l'assuré ou l'Union, pendant les cinq premières années de l'invalidité, qui entend contester la décision prise par la Caisse d'assurance d'invalidité, adres-

(1) Cette disposition est sans intérêt. L'arrêté qui a fixé la composition de la Commission ayant prévu que le médecin de l'Union assisterait à toutes les séances de la Commission avec voix délibérative.

se sa réclamation dans les quinze jours qui suivent la réception de la notification au secrétariat de la Commission. Ce secrétariat qui a été organisé par l'arrêté du 29 mai 1936, est assuré par un Secrétaire, et, s'il y a lieu, par un secrétaire-adjoint, désignés par le Directeur du Service Régional parmi les agents de ce service. Quant au délai de quinze jours prévu pour saisir la Commission Technique, il convient de le considérer comme un délai franc, c'est-à-dire un délai dans lequel n'entrent en compte ni le *dies a quo*, ni le *dies ad quem* (Cassation, Chambre civile, 2 juillet 1936, Affaire Caisse Interprofessionnelle de la Région du Nord c/ Dame Pringarbe).

La lettre recommandée par laquelle l'assuré ou l'Union se pourvoit devant la Commission Technique doit indiquer le nom et l'adresse de l'assuré intéressé, la Caisse d'assurance-invalidité à laquelle il appartient et le médecin désigné par la partie qui saisit la Commission (1).

Le secrétaire de la commission invite les autres parties ou organismes intéressés à désigner dans la huitaine le médecin appelé à les représenter (2).

La Caisse d'assurance-invalidité va donc désigner son médecin. Elle devra, en outre, transmettre au Secrétariat de la Commission, dans les dix jours qui suivent l'avis de contestation, les dossiers médicaux litigieux. Les médecins membres de la Commission pourront ainsi

(1) La décision prise par une Commission Technique qui a statué sans que l'assuré, pourtant invité à le faire, ait désigné son médecin doit être annulée. Section permanente, 24 juillet 1937. Affaire n° 499, Brandon c/ Echard.

(2) Cf. à ce sujet. Circulaire du Ministre du Travail, n° 13 du 1^{er} février 1937, sur le fonctionnement de la Commission technique régionale d'invalidité en cas d'assuré agricole.

en prendre connaissance, sauf pendant les trois jours précédant immédiatement la réunion de la Commission. Pendant ce délai, seul le Président peut se faire remettre les dits dossiers pour examen (arrêté du 20 novembre 1936).

Le secrétaire convoque les membres de la Commission par lettre recommandée (1) avec demande d'avis de réception dix jours au moins à l'avance.

La Commission se réunit au siège du Service régional des Assurances sociales. Elle ne peut valablement statuer que si trois de ses membres, dont le président, sont présents (article 5 de l'arrêté du 29 mai 1936).

La Commission est libre de procéder par les moyens qui lui paraîtront les meilleurs, à l'instruction de l'affaire soit en jugeant sur pièces, soit en examinant elle-même le malade.

Elle peut prescrire tous examens du malade et toutes analyses qu'elle jugera utiles. Les examens et analyses seront faits au lieu désignés par la Commission et le résultat devra lui être communiqué dans les quinze jours suivant la date de leur prescription. Toutefois, si le malade ne peut se déplacer, la Commission devra soit déléguer un ou plusieurs de ses membres pour l'examiner à domicile, soit faire procéder à cet examen par un médecin exerçant dans le département du domicile du malade.

Le représentant de l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre pourra recueillir toutes informations sur l'orientation professionnelle à donner à l'in-

(1) L'absence du médecin désigné par l'assuré est un motif d'annulation lorsque le praticien n'a pas été régulièrement convoqué. Section permanente, 14 juin 1937. Affaire n° 397, Liron.

valide et sur ses possibilités de placement, notamment auprès des groupements professionnels locaux d'employeurs et de salariés (article 6 de l'arrêté sus-visé, modifié par l'arrêté du 27 novembre 1936).

Chacun des membres de la Commission expose son opinion.

Le médecin désigné par l'assuré, s'il n'est pas le médecin traitant, communique, en outre, à la Commission les renseignements que le médecin traitant a pu lui faire parvenir.

Les décisions sont prises à la majorité des voix. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Le procès-verbal est dressé par le président. Il énumère les points litigieux soumis à l'appréciation de la Commission et donne cette appréciation. Il indique si la décision a été prise à l'unanimité ou à la majorité des voix. Le président signe le procès-verbal et le fait signer par les autres membres présents lors de la décision.

Le secrétaire de la Commission adresse dans les cinq jours aux parties intéressées, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la décision et la copie in-extenso du procès-verbal sus-visé.

La décision de la Commission technique régionale devient définitive si, dans un délai de quinze jours à compter de la date de la réception de la notification qui a été faite par le secrétaire, elle n'a pas fait l'objet d'un appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Si la partie perdante refuse de se conformer à la décision intervenue conformément aux articles précédents, l'autre partie est fondée à la poursuivre devant

la Commission d'arrondissement, conformément à l'article 36 § 1^{er} du décret-loi du 28 octobre 1935, dans un délai de 10 jours à compter de la date de la réception de la notification du refus opposé par la partie perdante.

L'assuré, la Caisse d'invalidité et l'Union régionale supportent respectivement les honoraires du médecin qu'ils ont désigné. La partie perdante a, en outre, la charge des frais d'expertise s'il y a lieu. Ces frais sont fixés conformément au tarif établi par le premier Président de la Cour d'Appel. Ils sont, dans tous les cas, réglés par la Caisse d'assurance-invalidité ; s'ils ne lui incombent pas, en définitive, le montant en est réclamé par elle à la partie perdante.

En cas de non-paiement par l'assuré des dits frais, le montant en est imputé sur le montant des prestations d'invalidité qui seraient dues à l'intéressé.

Toutefois, lorsque le montant des honoraires du médecin choisi par l'assuré et des frais d'expertise lui incombant est supérieur à 100 francs, la Commission régionale technique d'invalidité peut mettre à la charge de la Caisse d'assurance-invalidité la part de ces frais excédant 100 francs.

Les honoraires du Président sont fixés et réglés dans les conditions prévues par le décret visé à l'article 175 du règlement d'administration publique du 19 mars 1936.

Toutes ces règles qui ont été édictées par les arrêtés du Ministre du Travail en date des 29 mai 1936, 20 novembre 1936, 3 mars et 27 novembre 1937 ne nécessitent aucun commentaire particulier.

Signalons, toutefois, l'opposition qui paraît exister entre la règle qui prévoit que le montant des frais d'ex-

pertise peut, le cas échéant, être imputé sur le montant des prestations d'invalidité qui seraient dues à l'intéressé et la règle posée par l'article 12 du décret-loi aux termes duquel les pensions d'invalidité sont incessibles et insaisissables jusqu'à concurrence de 2.400 francs, si ce n'est au profit des caisses et établissements hospitaliers pour le paiement des frais d'hospitalisation.

Notons, enfin, qu'il serait souhaitable dans l'intérêt des assurés d'accorder à la commission technique une compétence départementale et non régionale, l'éloignement du siège de la commission motivant, dans la pratique, de nombreuses abstentions des médecins traitants qui hésitent à perdre un temps parfois considérable, sans savoir, le plus souvent, s'ils pourront obtenir le paiement de leurs honoraires.



L'assuré et la Caisse d'assurance-invalidité peuvent interjeter appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, l'Union régionale a le même droit, même si elle n'est pas intervenue devant la Commission technique. Cet appel doit être déposé au Secrétariat de la Commission technique régionale ou au Secrétariat de la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans les quinze jours de la notification de la décision par le Secrétariat de la Commission technique régionale. Les pièces et mémoires remis par les parties sont transmis par ce secrétariat au Secrétariat de la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales qui

statue définitivement dans le délai de deux mois (article 35 § 2 du règlement général du 19 mars 1936).

Cette section permanente du Conseil supérieur, deuxième degré de juridiction pour les litiges d'ordre médical, est élue par le dit Conseil supérieur dans son sein (1 et 2).

Elle comprend (décret du 10 décembre 1935) :

Un sénateur ;

Deux députés ;

Un conseiller d'Etat désigné à ce titre par le vice-président de Conseil d'Etat pour faire partie du Conseil supérieur des Assurances sociales ;

Trois représentants du Ministre du Travail ;

Deux représentants du Ministère des Finances ;

Le Directeur général de la Caisse générale de garantie ;

Le Directeur général de la Caisse des Dépôts et Consignations ;

Deux représentants des Conseils d'administration des Caisses primaires d'Assurances sociales et des sociétés ou unions visées aux articles 3 et 7 du décret du 30 octobre 1935 ;

Trois représentants des Conseils d'administration des unions régionales visées par l'article 30 du décret du 28 octobre 1935 ;

(1) Pour la composition du Conseil Supérieur, voir décret-loi du 28 octobre 1935, article 37, § 8 et arrêté du Ministre du Travail du 3 décembre 1935. (*J. O.* du 5 décembre 1935).

(2) Les représentants des Conseils d'administration des Caisses primaires des unions régionales des sociétés de secours mutuels et unions de secours mutuels, le délégué des commissions administratives des hôpitaux et services publics, et le délégué du Conseil supérieur des Sociétés de Secours Mutuels sont désignés à l'unanimité par leurs collègues de la même catégorie ou à défaut élus par le Conseil supérieur.

Ces élections ont lieu au bulletin secret à la majorité des deux tiers des votants pour le premier tour, à la majorité simple pour le second tour et conformément à un règlement de détail qui est établi par le Conseil Supérieur.

Un délégué du Conseil supérieur des Sociétés de Secours mutuels ;

Deux délégués des groupements professionnels de médecins ;

Un délégué des groupements professionnels de chirurgiens-dentistes ;

Un délégué des groupements professionnels de pharmaciens ;

Trois personnes connues pour leurs travaux sur les questions d'assurance, de prévoyance ou de chômage et désignées à ce titre par le Ministre du Travail pour faire partie du Conseil supérieur des Assurances sociales ;

Un membre agrégé de l'Institut des actuaires français désigné à ce titre par le Ministre du Travail pour faire partie du Conseil des Assurances sociales.

Ainsi composée, la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales se subdivise en trois sous-sections : financière, administrative et juridique, médico-pharmaceutique (décret-loi article 37 § 5 et arrêté du Ministre du Travail du 19 mars 1936).

La Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales a deux rôles en apparence assez différents :

— D'une part, elle donne son avis sur toutes les questions qui lui sont renvoyées, à cet effet, par le Ministre du Travail ;

— D'autre part, elle constitue la juridiction devant laquelle sont portés les appels des sentences rendues par les commissions techniques d'invalidité.

Sur le premier point, nous avons vu (Titre II, chapitre I § B) que la section permanente serait appelée, par exemple, à donner son avis sur le barème qui doit

être établi en vue de l'évaluation du degré d'incapacité des assurés. Signalons, en outre, deux avis récents, émis par la dite section en matière d'invalidité : Avis du 21 juillet 1937, sur la définition de l'invalidité et Avis du 22 juillet 1937, sur l'attribution des prestations en nature à l'expiration du délai de 6 mois et la compétence des commissions techniques régionales.

Quant à sa qualité de juridiction d'appel, elle a été prévue, ainsi que nous l'avons vu précédemment, par l'article 35 § 2 du règlement général du 19 mars 1936.

Il résulte de ce texte :

Que l'appel doit être formé par lettre recommandée dans un délai relativement court (15 jours à dater de la notification de la sentence de la commission).

Que la procédure est écrite, les parties devant déposer toutes pièces et mémoires jugés utiles.

Que la solution doit intervenir dans un délai de deux mois ; la brièveté de ce délai étant en cette matière une nécessité absolue (1).

La section permanente ne procède donc, en aucun cas, à l'examen de l'assuré.

Aussi les décisions qui interviennent toujours sur pièces, statuent-elles, quant au fond, si les documents produits fournissent des éléments suffisants ; dans le cas contraire, la section permanente se borne à annuler la décision intervenue et à renvoyer l'affaire pour décision devant une nouvelle commission technique régionale.

La section permanente joue donc, à la fois, le rôle de Cour d'appel et de Cour de cassation.

(1) Malheureusement, la pratique démontre qu'il est rarement observé.

CHAPITRE II

COMMISSION D'ARRONDISSEMENT

**Composition. — Compétence. — Procédure. — Appel. —
Recours en Cassation.**

Nous avons vu que, pour pouvoir prétendre au bénéfice de l'assurance-invalidité ou pour obtenir le maintien des avantages acquis au titre de cette assurance, l'assuré devait remplir, à la fois, des conditions d'ordre médical et des conditions administratives.

Au cours du précédent chapitre, nous avons examiné la procédure suivie pour le règlement des litiges d'ordre médical. Parallèlement aux juridictions qui sont chargées de statuer sur ces différends, des juridictions spéciales sont appelées à se prononcer sur les autres litiges.

L'article 36 du décret-loi du 28 octobre 1935 prévoit en effet que :

« Les difficultés autres que celles prévues à l'article 8 auxquelles donne lieu l'application des Assurances sociales sont soumises à une Commission d'Arrondissement présidée par un Juge de paix du chef-lieu d'arrondissement ou un suppléant du Juge de paix désigné par le Premier Président de la Cour d'Appel.

Cette Commission comprend en outre un employeur et un assuré assistés du greffier du Tribunal Civil.

Exception est faite à cette règle pour le département de la Seine où il n'est constitué qu'une Commission pour l'ensemble du département (1).

Notons, avant toute autre chose, que la partie du texte de l'article 36 que nous venons de citer n'est pas complète puisqu'elle reconnaît compétence à la Commission d'Arrondissement pour tous les litiges autres que ceux prévus à l'article 8 (litiges soumis à la Commission Technique de l'assurance-maladie ou à la Commission supérieure des Médecins), alors que nous avons vu que les contestations relatives à l'état d'invalidité sont soumises à une Commission Technique régionale.

C'est là certainement une omission du législateur et le texte doit s'entendre : « les difficultés autres que celles prévues aux articles 8 et 10 § 3 de la loi, etc. » ou mieux : « les difficultés autres que celles déferées à des juridictions spéciales et auxquelles donne lieu l'application des Assurances sociales, etc... ».

Ceci posé, les Commissions d'arrondissement sont constituées dans chaque ressort de Tribunal de Première Instance et au siège de ce Tribunal.

Les employeurs et les assurés appelés à en faire partie sont désignés par le Service Régional.

A cet effet, ledit service choisit dans la première quinzaine de chaque année les employeurs et assurés appelés au nombre de 24 par arrondissement (12 em-

(1) Un décret rendu sur la proposition des Ministres du Travail et de la Justice peut décider la création de plusieurs sections de ces commissions dans tous els cas où cette création est reconnue nécessaire (art. 36, § I, 3^e alinéa du décret-loi du 28 octobre 1935).

ployeurs et 12 assurés) à faire partie durant l'année de la Commission. Il désigne en outre 6 suppléants par arrondissement (1).

Ces employeurs et assurés qui doivent être pris en dehors des Conseils d'Administration des Caisses Primaires dont ils relèvent, sont convoqués par le Greffier de la Commission sur l'ordre de son Président par lettre recommandée avec accusé de réception au moins huit jours avant celui de l'audience de la Commission.

Tout employeur ou assuré membre titulaire ou suppléant qui ne se rendrait pas, sans excuse jugée légitime, à la convocation dont il aurait été l'objet s'exposerait à une amende de 5 à 10 frs pour chaque absence non justifiée (2).



Nous avons indiqué, précédemment, que la compétence « *ratione materiæ* » de la Commission d'Arrondissement s'étendait à tous les litiges soulevés par l'application de la loi sur les Assurances sociales à l'exception des difficultés d'ordre médical. En matière d'invalidité, cette Commission est appelée à connaître, notamment :

— des contestations élevées à la suite des rejets de demande de pension d'invalidité motivées par une question de durée d'immatriculation ou d'insuffisance de versements ;

— des contestations relatives au point de départ des arrérages d'une pension ou à son montant ;

(1) Cf. à ce sujet circulaires du Ministre du Travail (Administration générale), n° 2, du 21 janvier 1936 et n° 16, du 30 avril 1936.

(2) Les membres assesseurs des commissions d'arrondissement reçoivent les mêmes indemnités que les membres du Jury criminel (Art. I du décret du 23 octobre 1936).

— des contestations relatives aux suspensions des pensions des assurés qui, ayant repris le travail, disposent de ressources (salaire et pension) supérieures au salaire qu'ils percevaient avant d'être reconnus invalides.

« *Ratione loci* », la compétence de la Commission départementale a été fixée par l'article 155 § 1^{er} du règlement général du 19 mars 1936 qui a prévu :

« La Commission d'arrondissement compétente est celle du domicile du défendeur ou du siège statutaire de l'organisme défendeur ».

C'est en quelque sorte la répétition de la règle généralement admise en matière de procédure, exception faite, toutefois, pour les Caisses d'Assurances sociales qui ne pourront être valablement assignées devant la Commission du siège de leur section locale.

Notons, enfin, que la compétence de la Commission d'arrondissement prévue par l'article 36 du décret-loi du 28 octobre 1935 est limitée aux litiges qui ont trait à l'assurance obligatoire du commerce et de l'industrie ou à l'assurance spéciale des femmes d'assurés.

Les litiges résultant de l'application du décret-loi du 30 octobre 1935 (assurance obligatoire agricole) doivent être portés devant une Commission d'arrondissement analogue à celle qui est instituée par l'article 36 précité mais dont le Président est assisté d'un employeur et d'un assuré agricole (art. 2 du décret-loi).

Signalons, à ce sujet, que le Tribunal civil de la Seine a décidé que devait être annulée, comme irrégulière, la sentence rendue par la Commission de l'industrie à l'occasion d'une contestation élevée par un assuré de l'agriculture (affaire Gloaguen contre Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse).



Aux termes de l'article 36 du décret-loi du 28 octobre 1935, la Commission d'arrondissement doit être saisie d'une contestation par lettre recommandée qui doit être adressée au Président de la Commission dans un délai de 10 jours à dater du jour de la réception de la notification de la décision contestée.

A noter cependant que, dans le cas où l'organisme, auquel a été adressée la demande ou la réclamation par lettre recommandée, n'aurait pas fait connaître sa décision dans un délai de deux mois, la partie intéressée pourrait considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant la Commission d'arrondissement (1).

Ainsi saisie d'un litige, la Commission d'arrondissement doit être appelée à se prononcer « dans un délai de 10 jours » à compter de la date de réception de la requête (2).

Cette règle est pratiquement inapplicable car le greffier ne convoquera pas les parties avant d'avoir reçu la provision qui correspond aux menus frais ou émoluments auxquels il peut prétendre en application de l'article 162 du règlement général.

(1) Toutefois, si des documents sont produits après le dépôt de cette demande, le délai ne court qu'à dater de la réception de ces documents. La date du dépôt de la demande ou de la réclamation et éventuellement des documents produits ultérieurement est constatée par le récépissé de l'envoi sous pli recommandé de la demande ou desdits documents.

A défaut de décision, ce récépissé doit, à peine de déchéance, être produit par les parties à l'appui de leurs recours devant la Commission de l'arrondissement (art. 156 du règlement général du 19 mars 1936).

(2) Décidé par la Cour de Cassation sous l'empire des lois de 1928-1930 que le délai de dix jours imparti à la commission cantonale (commission remplacée par la Commission d'arrondissement) pour rendre sa décision « n'était pas imposé à peine de nullité » et que son inobservation n'entraînait ni la nullité de la décision, ni la forclusion de la partie qui a saisi valablement cette juridiction. (Cour de Cassation, Chambre Civile, 15 juin 1936, Service régional des Assurances Sociales de Nancy c/ Dimitrios).

En outre, et même dans le cas où la provision serait adressée au greffier avec la lettre recommandée introductive d'instance, on ne conçoit pas comment la Commission pourrait être saisie dans les dix jours puisque l'article 156 du règlement général prévoit (§ 2, premier alinéa, in fine) que les parties devront être convoquées devant la Commission par lettre recommandée avec demande d'avis de réception 15 jours au moins avant l'audience.

Cette convocation paraît obligatoire, tout au moins d'après ce texte, en opposition, sur ce point, avec les dispositions de l'article 36 § 3 du décret-loi qui dispose que la Commission « peut ordonner la comparution personnelle des parties ».

La Commission doit faire tous ses efforts pour concilier les parties, et en cas de non conciliation, statuer.

La décision ainsi rendue, doit être motivée (Cour de Cassation, Chambre civile, 23 mars 1936, Caisse Primaire d'Assurances sociales La Famille c/ dame Duquesne). Elle est notifiée aux parties convoquées à l'audience sous forme d'un extrait qui est adressé dans les cinq jours par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les décisions de la Commission d'arrondissement ne sont pas susceptibles d'opposition. Elles peuvent être déférées en appel au Tribunal civil de l'arrondissement.

L'appel est formé par déclaration au greffe du Tribunal, par le demandeur ou par le fondé de pouvoirs, muni d'une procuration spéciale (1).

(1) La Cour de Cassation a jugé à ce propos que la déclaration de pourvoi en cassation, au greffe du Tribunal Civil suppose nécessairement l'intervention du demandeur au pourvoi ou de son fondé de pouvoirs venant en personne faire la déclaration à l'Officier public qui a qualité pour la recevoir. Voir Chambre Civile, 22 Janvier 1935 (Vve Hémard c/ S^{ce} départemental des Assurances Sociales des Ardennes) et 4 Février 1935 (Vve Mastre c/ Caisse La Solidarité Sociale de Béziers Saint-Pons).

Il n'est recevable qu'à la condition d'être accompagné d'un mémoire contenant l'exposé des moyens et des conclusions de l'appelant et, le cas échéant, de pièces justificatives.

L'affaire est jugée sans autre forme de procédure, avec dispense du ministère d'avoué, et sans autre frais que les émoluments alloués au greffier, conformément à l'article 162 du règlement général, chacune des parties pouvant prendre connaissance au Greffe du Tribunal civil, sans déplacement, des mémoires et pièces justificatives produites par les autres parties.

Les parties sont averties quinze jours au moins à l'avance, par lettre recommandée du Greffier avec demande d'avis de réception de la date à laquelle l'affaire sera appelée.

Dans le mois qui suit l'expiration du délai prévu ci-dessus pour l'envoi des pièces et mémoires, les jugements sont rendus sur le rapport d'un juge fait en l'audience publique, le ministère public entendu dans ses conclusions (1).

Il n'y a pas de plaidoirie, mais les parties peuvent présenter à l'audience de simples observations. Le Tribunal peut également les inviter à fournir oralement des explications ou justifications complémentaires ; en cas d'empêchement dûment justifié des parties de comparaître à l'audience en personne, elles peuvent se faire représenter soit par un fondé de pouvoirs, muni d'une procuration spéciale, soit par un avocat ou un avoué.

Le Tribunal peut recourir éventuellement aux mesu-

(1) Formalité édictée à peine de nullité (Cour de Cassation, Chambre Civile, 6 Mai 1936. Caisse primaire interprofessionnelle de la région Mazamétaine c/ Escudé).

res d'instruction en usage devant la Justice de paix, dans les conditions et suivant les formes admises devant cette juridiction.

Dans la huitaine, le Greffier du Tribunal adresse un extrait de la décision (1) à chacune des parties, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Cette décision n'est pas susceptible d'opposition.

**

La décision du Tribunal civil peut être déférée à la Cour de Cassation pour violation de la loi et uniquement pour ce motif (Cour de Cassation, Chambre Civile, 24 juin 1936, Caille c/ Préfet du Nord), dans les dix jours de la réception de la notification du jugement du Tribunal. Le pourvoi est formé par déclaration au greffe du Tribunal civil faite par le demandeur ou un fondé de pouvoirs muni d'une procuration spéciale ou un avocat à la Cour de Cassation. Il n'est recevable qu'à la condition d'être accompagné :

1° D'une expédition du jugement attaqué, avec justification de la date à laquelle la notification en a été reçue par les parties, le tout fourni par le greffier (2) ;

2° De l'indication sommaire des moyens de cassation par lui invoqués.

Ce mémoire sommaire ne devra pas, néanmoins, être présenté sous la forme d'un écrit ni daté, ni signé : le dépôt d'un mémoire de ce genre entraînant la nullité

(1) Les jugements doivent contenir, à peine de nullité, les noms des juges qui ont concouru à ces décisions (Cour de Cassation, Chambre Civile, 23 Mars 1936, Vve Baril c/ Service des Assurances Sociales de la Gironde).

(2) Cf. Cour de Cassation, Chambre Civile, 5 Mai 1937.

du pourvoi (Cour de Cassation, Chambre Civile, 21 octobre 1936, Caisse départementale du Finistère c/ dame Saliou).

Le demandeur peut faire parvenir au greffe du Tribunal civil un mémoire ampliatif accompagné ou non des pièces justificatives. Lesdits mémoires et pièces doivent être accompagnés d'autant de copies qu'il y a de parties en cause. Ils ne sont recevables par le greffier que dans le délai d'un mois à dater de l'introduction du pourvoi.

A l'expiration du délai imparti ci-dessus pour la production du mémoire ampliatif, le greffier du tribunal civil donne avis du pourvoi par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, aux autres parties intéressées et leur adresse copie : 1° du procès-verbal de déclaration du pourvoi et des moyens de cassation invoqués par le demandeur (1) ;

2° Du mémoire ampliatif qui aurait été déposé et des pièces justificatives qui y auraient été jointes. Les copies du procès-verbal de déclaration du pourvoi et des moyens de cassation seront certifiées conformes par le greffier, celles du mémoire ampliatif et des pièces justificatives qui y seraient jointes seront certifiées conformes par le demandeur sous sa responsabilité. Toutes les copies sus-indiquées sont dispensées des formalités de timbre et d'enregistrement.

En même temps, le greffier informe le défendeur qu'il peut lui faire parvenir un mémoire en défense,

(1) Un moyen qui n'a été invoqué ni en première instance, ni en appel ne peut être invoqué en Cassation.

(Cour de Cassation, Chambre Civile, 15 Juin 1936, Caisse primaire « La Famille » contre Vanwynacker).

accompagné ou non des pièces justificatives. Ce mémoire en défense n'est recevable que dans le délai d'un mois à partir de l'avis de réception prévu ci-dessus.

A l'expiration de ce délai, le greffier du Tribunal transmet sans frais au greffier de la Cour de Cassation les pièces produites par les intéressés, en y joignant les avis de réception de la poste.

Le pourvoi, dispensé du ministère d'un avocat à la Cour de Cassation, est porté directement devant la Chambre civile qui statue, sans frais ni consignation d'amende, dans les trois mois suivant la réception du dossier.

Tout mémoire ampliatif ou mémoire en défense produit par un avocat à la Cour de Cassation après la transmission faite par le greffier du Tribunal Civil au greffier de la Cour de Cassation est adressé directement au greffier de la Cour de Cassation et n'est recevable que dans le mois suivant la réception du dossier par ledit greffier. Toutefois, conformément à l'article 37, § 5, du décret-loi du 28 octobre 1935, ce délai ne sera pas opposable aux mémoires produits par le Ministre du Travail (articles 158 et 159 du règlement général du 19 mars 1936).

CHAPITRE III

RECOURS DE LA CAISSE LORSQUE L'INVALIDITE RESULTE D'UN ACCIDENT IMPUTABLE A UN TIERS

Pour les assurés, victimes d'un accident de droit commun, l'article 25 prévoit :

§ 3. — Lorsque sans rentrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, l'accident ou la blessure dont l'assuré est victime est imputable à un tiers, les Caisses d'Assurances sociales sont subrogées de plein droit à l'intéressé ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses que leur occasionne l'accident ou la blessure.

L'intéressé ou ses ayants droit doit, lors de l'introduction de l'instance, indiquer, à peine de nullité, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident, ainsi que les Caisses d'Assurances sociales auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques.

§ 4. — Dans le cas visé au paragraphe précédent, l'assuré ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable tous droits de recours en réparation du préjudice causé, sauf en ce qui concerne les dépenses de la Caisse d'assurances sociales.

§ 5. — Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré ne peut être opposé à la Caisse d'assurances qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée. Il ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre.

Il résulte de ce texte, qu'en cas d'accidents non régis par la loi sur les accidents du travail, les Caisses d'assurances sociales sont tenues de payer les prestations auxquelles les assurés peuvent prétendre et que, si ces accidents sont imputables à des tiers, les dites Caisses sont subrogées, pour le montant de leurs dépenses, aux droits et actions des victimes contre les tiers (1).

L'action dont l'exercice est ainsi accordé aux Caisses d'Assurances sociales — le mot « Caisse » n'est pas pris ici dans un sens restrictif, les Unions pouvant également user de cette procédure, — présente certaines analogies avec celle dont l'exercice est réservé au patron responsable ou à la Compagnie d'assurance qui lui est substituée, en matière d'accident du travail, par l'article 7 de la loi du 9 avril 1898.

Mais, il y a, néanmoins, entre ces deux actions, des différences considérables qui s'expliquent d'autant moins que, comme on le verra par la suite, le système adopté en matière d'accident du travail paraît de beau-

(1) Cf. notamment réponses du Ministre du Travail à une question écrite n° 3900 de M. Louis VIELLARS (*J. O.* du 16 Janvier 1937) et à une question n° 2165 de M. de MOUSTIER, député (*J. O.* du 6 Mars 1937).

coup supérieur à celui qui a été admis en matière d'Assurances Sociales. Aussi, y aurait-il intérêt à donner à l'article 25 § 3 du décret-loi du 28 octobre 1935, une rédaction analogue à celle de l'article 7 de la loi du 9 avril 1898.

I. — CONTRE QUI L'ACTION PEUT-ELLE ÊTRE EXERCÉE

L'article 25 prévoit que la Caisse est subrogée dans son action contre le tiers auquel est imputable l'accident ou la blessure. Il s'agit, évidemment, de la responsabilité de droit commun édictée par les articles 1382 et suivants du Code civil, « dommage causé par son propre fait ou par le fait de personnes dont on doit répondre ou des choses que l'on a sous sa garde ».

II. — FORMES DE L'ACTION

La Caisse est subrogée aux droits et actions de l'assuré contre le tiers. Il suit de là que la Caisse pourra se servir de toutes les voies que la victime ou ses ayants droit possèdent sous l'empire du droit commun, en particulier celle de la partie civile devant la juridiction répressive, si la responsabilité du tiers découle d'une infraction pénale.

La Caisse pourra également porter son action devant le Tribunal de Commerce dans le cas où cette juridiction serait compétente à raison de la qualité de l'auteur de l'accident ou de la blessure ou même devant la juridiction administrative si l'action avait son fondement sur une faute imputable à l'Etat, à un département ou à une commune, etc...

III. — DÉCLARATION OBLIGATOIRE DE L'ASSURÉ
OU DE SES AYANTS DROIT
NULLITÉ ÉVENTUELLE DE LA PROCÉDURE

Conformément aux prescriptions du deuxième alinéa du paragraphe 3 de l'article 25 :

« L'assuré ou ses ayants droit doivent lors de l'introduction de l'instance dirigée contre le tiers, indiquer à peine de nullité, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident, ainsi que les Caisses d'Assurances sociales auxquelles elle était affiliée ».

Le caractère absolu ou relatif de cette nullité n'a pas encore été définitivement fixé par la jurisprudence.

Suivant un arrêt rendu par la Cour d'Appel de Grenoble le 24 décembre 1936 (affaire Viment c/ Stoldervisère) :

« La disposition de l'article 25 § 3 du décret-loi suivant laquelle l'assuré doit à peine de nullité indiquer sa qualité d'assuré social, lors de l'introduction de l'instance ainsi que les Caisses d'assurances sociales auquel il est affilié est une disposition formelle, édictée dans un intérêt d'ordre public qui doit s'appliquer même si l'assuré n'a sollicité ni reçu aucune prestation de son assurance ».

Un arrêt rendu par la Cour d'Appel de Paris le 15 février 1937 (affaire Oustry et Lattermann c/ Sté Fiat et Sté Simca) a consacré le même principe.

Par contre, la Cour d'Appel d'Orléans, dans un arrêt du 19 avril 1937 (affaire Buffy c/ Dorthène, Chapeau ès-qualités et C^{ie} d'assurance l'Urbaine et la Seine et la Caledonian Insurance C^o) a estimé :

« Que n'étaient pas d'ordre public les dispositions

du décret-loi qui imposent à l'assuré social, victime d'un accident imputable à un tiers, l'obligation d'indiquer à peine de nullité, lors de l'introduction de l'instance, sa qualité d'assuré social ainsi que les Caisses d'Assurances sociales auxquelles il était affilié », et cela pour deux raisons :

1° Cette mesure n'aurait été édictée que dans l'intérêt privé des Caisses ;

2° Le nouveau texte de l'article 173 du Code de procédure ne permettrait pas une interprétation différente, puisqu'il stipule qu'aucune nullité d'exploit ou d'acte de procédure ne pourra être admise que s'il est justifié qu'elle nuit aux intérêts de la partie adverse (1).

Quoiqu'il en soit du caractère de cette nullité et des divergences des solutions admises sur ce point par les Tribunaux, il nous apparaît que cette nullité est excessive et qu'il eût été préférable de prévoir simplement qu'en cas d'accident non régi par la loi des accidents du travail, l'assuré qui n'aurait pas avisé sa Caisse de son instance à l'encontre du tiers présumé responsable serait déchu de ses droits ou prestations de l'assurance.

IV. — ORGANISME QUALIFIÉ POUR EXERCER CE RECOURS EN MATIÈRE D'ASSURANCE-INVALIDITÉ

Nous avons vu, en examinant les prestations auxquelles peut prétendre l'assuré invalide ainsi que les organismes chargés d'en assurer le service, que, pendant les cinq premières années de l'invalidité, les Unions doivent dispenser aux assurés invalides les pres-

(1) Cf. également un jugement du Tribunal Correctionnel de Bar-le-Duc, en date du 3 Mars 1937 (Affaire Dujardin c/ Jacquier).

tations en nature correspondant aux soins nécessités par leur état et les arrérages de la pension. Passé ce délai, l'invalidé ne peut plus prétendre qu'au paiement des arrérages de sa pension qui lui sont alors servis par la Caisse d'assurance-invalidité.

Il convient, dans ces conditions, d'examiner si les deux organismes appelés à payer les prestations de l'assurance-invalidité sont subrogés dans l'action de l'assuré contre le tiers responsable, et dans quelle mesure, ou si, au contraire, un seul d'entre eux, soit l'Union, soit la Caisse d'invalidité, a qualité pour poursuivre le remboursement de l'ensemble des dépenses résultant à la fois de l'attribution des soins et de la pension.

Cette question n'a été tranchée, ni en droit, ni en fait. Pratiquement, cependant, il semble qu'on s'oriente vers la solution qui consiste à laisser à l'Union le soin de demander l'indemnité qui correspond à l'ensemble du préjudice causé tant à elle-même qu'à la Caisse d'assurance-invalidité. Mais, c'est là une solution empirique qu'aucun texte n'établit, ni n'infirme.

Certes, en faveur de la thèse qui prétend réserver aux Unions le droit d'intervenir seules pour obtenir la réparation du préjudice causé aux organismes d'Assurances sociales pour tout ce qui a trait à l'assurance-invalidité, on peut tirer argument de l'article 30 § 3 du décret-loi. Ce texte a prévu, en effet, qu'après les cinq premières années de l'invalidité, les Unions pourraient être appelées à participer à la constitution des capitaux de couverture des pensions d'invalidité.

Ainsi, les Unions qui sont appelées à payer les prestations des soins aux invalides et les cinq premières années d'arrérages de la pension pourraient être appe-

lées à verser aux Caisses d'assurance-invalidité lors du transfert du service des pensions les capitaux de couverture correspondants. Les Caisses invalidité ne subiraient donc aucun préjudice et ne sauraient, par suite, demander réparation d'un préjudice inexistant.

Mais, à notre avis, une interprétation semblable des dispositions de l'article 30 § 3 est inacceptable. Il n'est pas certain que les Caisses invalidité recevront le capital de couverture correspondant à la pension, puisque le texte prévoit simplement que l'Union pourra participer à la constitution des capitaux de couverture. Il y a là une éventualité, et non une certitude.

Aussi, s'il est possible qu'en pratique, il soit préférable qu'un seul organisme exerce le recours pour l'ensemble des débours effectués ou à effectuer au titre de l'assurance-invalidité, nous estimons qu'en droit la question reste entière et qu'un Tribunal ne pourrait déclarer irrecevable, pour défaut de qualité, la demande d'indemnisation formée par une Caisse d'assurance-invalidité à la suite d'un accident imputable à un tiers et ayant entraîné l'attribution d'une pension.

V. — INDEMNITÉ A RÉCLAMER

L'organisme (ou les organismes) qui exerce l'action prévue à l'article 25 du décret-loi est subrogé à la victime ou à ses ayants droit.

Il dispose donc des mêmes actions et il est tenu aux mêmes obligations.

C'est à lui qu'il appartiendra notamment, concurremment avec la victime, de rapporter la preuve que l'accident dont il demande la réparation a été causé par la faute du tiers.

Si le tiers est mis hors de cause, la Caisse d'assurances sociales sera évidemment déboutée de sa demande et elle devra abandonner tout espoir de remboursement.

Si, au contraire, le tiers est reconnu entièrement responsable, l'indemnité mise à sa charge sera, dans tous les cas, supérieure à l'indemnité que les organismes d'assurances sociales pourront réclamer. Ces organismes devront alors se faire attribuer la part de cette indemnité correspondant à la totalité de leurs débours.

Mais la question est beaucoup plus délicate si la responsabilité du tiers n'est retenue que pour partie.

La Caisse d'assurances sociales pourra-t-elle alors prétendre, par priorité, à l'attribution de cette indemnité jusqu'à concurrence du montant total de ses dépenses ou bien, au contraire, devra-t-on estimer que la Caisse, légalement subrogée à l'assuré, n'a pas plus de droits que celui-ci et que, par suite, elle ne doit obtenir qu'une fraction des dépenses égale à la fraction de responsabilité du tiers.

Le texte qui prévoit « que les Caisses d'Assurances sociales sont subrogées de plein droit pour le remboursement de leurs dépenses », ne permet pas d'avoir sur ce point une opinion définitive. Aussi, la jurisprudence a-t-elle donné des interprétations différentes en décidant qu'en cas de partage de responsabilité, la Caisse pouvait prétendre soit à un remboursement intégral (voir notamment Tribunal correctionnel de Limoges, 2^e chambre, 10 mars 1937, affaire Deglane c/ Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse) (1), soit au con-

(1) Cf. Réponse du Ministre du Travail à question écrite n° 3200 de M. TOURNAN. *J. O.* du 29 Janvier 1936.

traire à un remboursement partiel en fonction de la part de responsabilité mise à la charge du tiers (solution adoptée par un jugement du Tribunal correctionnel de Quimper du 17 février 1937, affaire Poupon c/ Quiniou et C.N.R.V., confirmé par arrêt de la Cour d'Appel de Rennes du 21 avril 1937. Dans le même sens : jugement du Tribunal civil de Dax, 29 avril 1937, affaire Latapy, V^{re} Brocas c/ Poumayou et C.N.R.V.).

Pour nous, nous estimons qu'il résulte du principe de la subrogation et de ses effets (1) que les Caisses ne peuvent prétendre à des droits plus importants que ceux de l'assuré qu'elles subrogent et que, par suite, leurs prétentions doivent avoir les mêmes limites que celles de l'assuré.

Quant à l'évaluation, des dépenses des organismes d'Assurances sociales, elle est en matière d'assurance invalidité particulièrement délicate.

Pour les soins aux invalides, on ne conçoit pas de solution autre que l'attribution à l'Union d'une provision sur laquelle seront prélevées les sommes correspondant aux soins dont l'assuré pourra demander le remboursement, le solde devant être remis à l'intéressé soit à l'expiration du délai de cinq ans, soit à la date d'extinction de la pension (2).

Quant à la pension, la législation des Assurances sociales n'a pas prévu comme la loi du 9 avril 1898 que

(1) Si la subrogation, soit égale, soit conventionnelle, investit le subrogé de tous les droits et actions du subrogateur, elle ne lui confère cependant que les droits et actions qui appartenaient à ce dernier et dont la cause existait à son profit au moment où la subrogation s'est opérée. Req. 12 Décembre 1898, DP. 99-1-345.

(2) Peut-être pourrait-on envisager l'attribution à titre forfaitaire d'une somme correspondant à la moyenne des dépenses qui résulte pour une Union du service des soins aux invalides.

l'indemnité mise à la charge du tiers responsable serait attribuée sous forme de rentes servies par la Caisse Nationale des Retraites et exonérerait, à due concurrence, l'organisme intéressé.

En matière d'Assurances sociales, au contraire, la loi a institué une subrogation de plein droit, mais n'a pas prévu d'exonération si le tiers responsable condamné s'est libéré. Aussi, il apparaît que l'organisme d'assurances sociales devra, en tout état de cause, servir la pension d'invalidité à laquelle peut prétendre l'assuré, sauf à cet organisme à répéter contre le tiers responsable le capital constitutif de la dite pension.

Pour l'évaluation de ce capital, on ne peut, à notre avis, se référer qu'à un seul barème, celui qui doit servir au calcul des capitaux de couverture des pensions d'invalidité et qui a été prévu implicitement par l'article 10 § 10 du décret-loi.

Mais ce barème n'a pas encore été publié. Aussi, il nous paraît difficile d'indiquer les bases sérieuses sur lesquelles peuvent actuellement s'appuyer les Unions ou les Caisses d'invalidité pour faire apprécier par les Tribunaux l'importance du préjudice causé par l'attribution d'une pension. Peut-être ces organismes peuvent-ils utiliser le barème pour l'évaluation des capitaux de couverture établi par les services du Ministère du Travail sous l'empire de la loi du 5 avril 1928 modifiée. Mais, c'est là un instrument bien imparfait, eu égard aux modifications apportées par le décret-loi aux règles de fonctionnement de l'assurance-invalidité.

Le Ministre du Travail a, d'ailleurs, essayé de remédier à cet inconvénient et dans une lettre adressée le

15 avril 1937 (1) à la Caisse Fédérale Mutualiste de Capitalisation des Alpes-Maritimes, il a indiqué qu'à son avis, le capital de couverture d'une pension d'invalidité pouvait être évalué à huit fois le montant de cette pension.

Mais il s'agit là d'un procédé absolument empirique et il est peu probable que les Tribunaux acceptent cette solution.

L'évaluation du capital de couverture présente donc actuellement des difficultés quasi insurmontables.

Souhaitons, pour que ces difficultés disparaissent, une prompte parution du barème actuellement en préparation au Ministère du Travail.

VI. — QUEL SERA LE SORT DE LA PENSION D'INVALIDITÉ SI LA CAISSE D'ASSURANCE A OBTENU LE VERSEMENT PAR LE TIERS RESPONSABLE DU CAPITAL DE COUVERTURE DE LA PENSION ?

Nous avons vu, précédemment, que la pension d'invalidité peut s'éteindre soit par le décès du titulaire, soit par suite de délivrance de la pension de vieillesse quand l'assuré atteint 60 ans, soit par suite de suppression lorsque la capacité de travail de l'intéressé redevient supérieure à 50 %.

Tous ces motifs d'extinction pourront-ils jouer lorsque la Caisse aura reçu l'indemnité correspondant à l'attribution de la pension ?

(1) Cette lettre qui émane de la Direction de la Comptabilité de la Statistique et de l'Actuariat indique en effet : « toutefois, étant donné qu'il s'agit d'un forfait, il m'apparaît que la somme réclamée au titre de la pension d'invalidité, des majorations pour charges de famille et de la cotisation vieillesse des invalides, peut être fixée à 8 fois le montant annuel des dites prestations et répartie par moitié entre l'Union Régionale et la Caisse Invalidité ».

On sait qu'en matière de droit commun, la victime peut, en cas d'aggravation de son état, demander au tiers responsable, un supplément d'indemnité, l'autorité qui s'attache à la chose jugée ne faisant pas obstacle à une demande ultérieure en vue de la réparation du préjudice nouveau sur lequel la première décision n'avait pas statué (1).

Mais, la pension d'invalidité Assurances sociales n'étant pas susceptible d'être augmentée à la suite d'une action en révision, l'instance de la victime en vue de l'augmentation de l'indemnité pour aggravation ne saurait présenter d'intérêt pour les organismes d'Assurances sociales.

A l'inverse, le tiers responsable ne peut pas, en principe du moins, demander la révision de l'indemnité à laquelle il a été condamné pour amélioration de l'état de la victime, car il se heurterait au principe de l'autorité de la chose jugée (2). Il semble en résulter que la Caisse sera, de son côté, sans droit à provoquer la suppression de la rente par voie de révision, en cas d'amélioration de l'état de la victime (taux de capacité de travail redevenu supérieur à 50 %). Et pourtant, si l'indemnité attribuée à la Caisse d'assurance a été fixée au montant du capital de couverture de la pension, cette indemnité est fonction des possibilités d'extinction de la pension d'invalidité. Il y a là une anomalie flagrante à laquelle il paraît difficile de remédier autrement que par la voie législative. Le plus simple, à notre avis, consisterait à donner à l'article 25 une rédaction analogue à celle prévue en matière d'accident du travail par

(1) Cass. 10 Décembre 1861. S. 62-1-51 D 62-1-123.

(2) Cf. Nancy, 10 Juillet 1875. S. 76-2-5. D. 76-2-65.

l'article 7 de la loi du 9 avril 1898 (1) qui a institué une exonération de l'employeur responsable ou de son assureur (2), et non une subrogation dans l'exercice de l'action. Les Caisses se trouveraient ainsi déchargées légalement du service de la pension et les assurés qui veraient leur état s'améliorer, ne seraient pas lésés par cette amélioration.

(1) Loi du 9 Avril 1898 :

Article 7. — Indépendamment de l'action résultant de la présente loi, la victime ou ses représentants conservent contre les auteurs de l'accident, autres que le patron ou ses ouvriers et préposés, le droit de réclamer la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun.

L'indemnité qui leur sera allouée exonérera à due concurrence, le chef de l'entreprise des obligations mises à sa charge. Dans le cas où l'accident a entraîné une incapacité permanente ou la mort, cette indemnité devra être attribuée sous forme de rentes servies par la C.N.R.

En outre de cette allocation, sous forme de rente, le tiers reconnu responsable pourra être condamné soit envers la victime, soit envers le chef de l'entreprise, si celui-ci intervient dans l'instance, au paiement des autres indemnités et frais prévus aux articles 3 et 4 de la présente loi.

Cette action contre le tiers responsable pourra même être exercée par le chef d'entreprise, à ses risques et périls, aux lieu et place de la victime ou de ses ayants-droit si ceux-ci négligent d'en faire usage.

(2) Voir, à ce sujet, un arrêté du Conseil interdépartemental de Préfecture siégeant à Rouen qui a prononcé l'exonération de la Caisse invalidité dans les conditions que nous préconisons. 14 Janvier 1938. Affre Bérenger c/ Ropert, l'Etat et la C.N.R.V.

CHAPITRE IV

RECOURS CONTRE LES EMPLOYEURS EN CAS DE VERSEMENT DES COTISATIONS APRES LA SURVENANCE DU RISQUE

Nous avons vu — titre II, chapitre II — qu'en cas de versement des cotisations après survenance du risque, les assurés pouvaient prétendre aux prestations de l'assurance-invalidité s'ils produisaient les pièces prévues par l'article 44 A du livre 1^{er} du Code du Travail sur lesquelles devaient figurer le montant de la rémunération et le montant des réductions opérées sur cette rémunération notamment au titre des Assurances sociales (article 21, § 5 du décret-loi).

En contre-partie, « la Caisse qui, dans ces conditions, accorde à un assuré des prestations maladie, maternité, invalidité ou décès, est fondée à en poursuivre le recouvrement auprès de l'employeur responsable en application des articles 1382, 1383 et 1384 du Code civil dans la mesure où le montant des prestations payées excède les cotisations et intérêts de retard acquittés pour le compte de l'assuré » (article 21, § 6, du décret-loi).

Il s'agit là d'une innovation du décret-loi.

Sous l'empire des lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930, la Cour de Cassation avait décidé qu'en cas de versement des cotisations après survenance du risque, les organismes d'assurance seraient tenus au paiement des prestations dans les conditions ordinaires si l'assuré rapportait la preuve que les cotisations versées tardivement avaient été précomptées en temps utile et si les intérêts de retard correspondants avaient été acquittés.

Cette jurisprudence de la Cour Suprême permettait à l'assuré qui avait satisfait à toutes les obligations lui incombant, puisqu'il avait subi en temps voulu les retenues sur son salaire, d'obtenir de sa Caisse les prestations auxquelles il pouvait normalement prétendre ; ses intérêts étaient donc sauvegardés.

Il n'en était pas de même des intérêts des Caisses qui, bien qu'ayant reçu les cotisations à risque ouvert, étaient tenues au service des prestations et n'avaient d'autres recours contre l'employeur responsable que celui prévu par les articles 1382 et suivants du Code civil.

Cette procédure dont l'exercice faisait aux Caisses une obligation d'établir l'importance du préjudice que leur avait causé le retard de l'employeur ne pouvait se dérouler que devant les juridictions civiles, les juridictions d'Assurances sociales — juridictions d'exception — étant incompétentes pour connaître d'une action intentée en application des articles 1382 et suivants du Code civil (Cour de Cassation, Chambre Civile, 3 février 1937, affaire Marchal c/ V^{re} Bousson).

Aussi, les Caisses d'Assurances sociales renon-

gaient-elles souvent à exercer une action contre l'employeur en raison de la lenteur de la procédure, des frais à exposer et de la difficulté d'établir nettement l'importance du préjudice causé par la faute de l'employeur.

C'est pour remédier à cet inconvénient que le décret-loi, tout en consacrant la jurisprudence de la Cour de Cassation en ce qui concerne les droits de l'assuré et les obligations des Caisses, a prévu formellement la possibilité pour les Caisses, d'exercer un recours contre l'employeur et a fixé le montant de l'indemnité à réclamer à celui-ci savoir, la différence entre le montant des prestations payées et le montant des cotisations encaissées augmentées des intérêts en retard.

Mais cette disposition a soulevé deux sortes de difficultés.

On a prétendu, tout d'abord, que, nonobstant les dispositions de l'article 21 § 6 du décret-loi, les juridictions civiles restaient seules compétentes pour condamner éventuellement les employeurs, le fait même d'avoir prévu que cette condamnation devait intervenir en application des articles 1382 et suivants du Code civil enlevant toute compétence aux juridictions spéciales d'assurances sociales.

Mais, la Commission départementale de la Seine (1), dans une décision rendue le 24 avril 1937 (Gazette des Tribunaux des 13-14-15 juin 1937, affaire Cocard c/ Cocard et Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse) a très judicieusement posé le principe de la compétence, en la matière, des Commissions d'arrondissement :

(1) Voir également Commission d'arrondissement de Besançon, 30 janvier 1937, Mutualité Familiale de Franche-Comté c/ Barbini.

« Attendu, en effet, dit cette décision, qu'il résulte des débats et circonstances de la cause, ainsi que des pièces et documents soumis à la Commission, que M. Cocard Ange, assuré social, était affilié pour l'assurance vieillesse-invalidité à la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse.

« Qu'ayant été atteint d'une maladie grave le 16 janvier 1936, il a reçu les prestations de l'assurance-maladie de la Caisse départementale d'Indre-et-Loire jusqu'au 15 juillet 1936 ;

« Que non guéri et atteint d'une incapacité de travail supérieure aux deux tiers, il formula à la date du 8 octobre 1936, une demande de pension d'invalidité, mais qu'à la date du 31 décembre 1936, la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse lui rejetait sa demande pour les motifs suivants :

« N'a pas le droit à l'attribution d'une pension d'invalidité au titre des Assurances sociales — versements exigés non effectués avant l'ouverture du risque — pièces prévues à l'article 44 A du livre I^{er} du Code du Travail non produites — décret-loi du 28 octobre 1935, article 10, paragraphe 4, et article 21, paragraphe 5 » ;

« Que l'assuré social s'est régulièrement pourvu dans les formes et délais légaux contre cette décision de la Caisse et que, pour en demander la réformation, il fait valoir avec pièces à l'appui, qu'il a accompli son service militaire du 15 octobre 1933 au 15 octobre 1934 ; que, depuis le 1^{er} janvier 1933 jusqu'au 31 décembre 1935, il a subi les précomptes ci-après sur son salaire : *année 1933* : premier trimestre, 120 frs ; deuxième trimestre, 120 frs ; troisième trimestre, 120 frs ; qua-

trième trimestre, 40 frs ; *année 1934* : quatrième trimestre, 90 frs ; *année 1935* : premier trimestre, 120 frs ; deuxième trimestre, 120 frs ; troisième trimestre, 97 frs 50 ; quatrième trimestre, 120 frs ;

« Que son employeur n'a, en réalité, effectué ces versements que le 12 février 1936, mais en a acquitté les intérêts de retard ;

« Attendu que Ange Cocard a produit à la Commission départementale les bulletins de paye prévus par l'article 44 A du Livre I^{er} du Code du Travail et que ces bulletins établissent que les cotisations ont été précomptées en temps opportun ;

« Attendu que, dans ces conditions, et par application de l'article 21, paragraphe 5, du décret-loi, la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse doit instruire le dossier de demande de pension d'invalidité de M. Ange Cocard ;

« Attendu qu'il résulte des pièces produites et notamment de la copie de fiche comptable que Ange Cocard remplit les conditions requises pour pouvoir bénéficier de l'assurance-invalidité ;

« Attendu, d'autre part, qu'il n'est pas contesté que le pourcentage d'incapacité de l'assuré atteint au moins les deux tiers ;

« Attendu que, dans ces conditions, la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse ne saurait refuser de faire droit à la demande de pension d'invalidité de l'assuré Ange Cocard ;

« Attendu, d'autre part, qu'il résulte des éléments de la cause et notamment des cotisations figurant au compte de l'assuré que le montant de cette pension doit être fixé à 3.400 frs par an, non compris 100 frs de

majoration pour charges de famille, le point de départ des arrérages étant lui-même fixé au 1^{er} septembre 1936 ;

« Attendu, qu'en conséquence, la Caisse Nationale des Retraites doit être condamnée à attribuer à Ange Cocard une pension d'invalidité courant du 1^{er} septembre 1936 ;

« Mais, attendu que M. Ange Cocard père, défendeur employeur de l'assuré, régulièrement mis en cause dans l'instance, a formellement reconnu à l'audience que les cotisations figurant au compte de l'intéressé avaient été versées après survenance du risque.

« Attendu que, dans ces conditions, et par application de l'article 21, paragraphe 6, du décret-loi du 28 octobre 1935, M. Cocard père, défendeur, doit être condamné à rembourser à la Caisse Nationale des Retraites le montant de ses dépenses, sous la déduction des cotisations et intérêts de retard encaissés par cet organisme ;

« Attendu qu'en l'espèce, on ne saurait dénier à la Commission départementale le droit de condamner l'employeur à effectuer ce remboursement en invoquant l'arrêt rendu par la Cour de Cassation, le 3 février 1937, dans l'affaire Marchal contre veuve Bousson ;

« Attendu, en effet, que cet arrêt est intervenu dans une affaire à laquelle les dispositions de la loi du 5 avril 1928, modifiée par celle du 30 avril 1930, étaient seules applicables ;

« Attendu que si, d'après ces textes, en cas de refus légitime de prestations provenant d'une faute de l'employeur, l'assuré n'avait de recours que contre celui-ci, en application des articles 1382 et suivants du Code Civil ;

« Attendu que la connaissance de ce recours ne pouvait, par suite, appartenir aux juridictions spéciales des Assurances sociales, juridictions d'exception ;

« Mais attendu que le décret-loi du 28 octobre 1935, applicable au présent litige, a bien précisé, en son article 21, paragraphe 6, qu'en cas de versement des cotisations après survenance du risque, l'assuré qui produit les pièces prévues à l'article 44 A du Livre I^{er} du Code du Travail, a droit aux prestations, sous réserve du recours de la Caisse contre l'employeur pour la part des dépenses excédant les cotisations et intérêts de retard reçus par la dite Caisse ;

« Attendu que, par suite, ce recours constitue bien une des difficultés directes auxquelles donne lieu l'application de la loi des Assurances sociales dont la Commission départementale est habilitée à connaître ;

« Attendu que le montant des dépenses entraînées pour la Caisse Nationale des Retraites par l'octroi d'une pension d'invalidité de 3.400 frs à l'assuré Cocard Ange ne saurait être évalué autrement qu'au montant du capital de couverture de la dite pension ;

« Attendu que, d'après le barème des capitaux de couverture publié par le Ministre du Travail, et les pièces justificatives produites, le dit capital s'élève à 24.832 frs 58, et ce, d'après le tarif des capitaux de couverture publié par M. le Ministre du Travail, étant donné que ce capital, au taux de 3,20 % applicable en l'espèce, serait de 7,3037 par franc de rente, soit pour une rente de 3.400 frs, un capital de 24.832 frs 59 ;

« Attendu, d'autre part, qu'il résulte de la copie de la fiche comptable que les versements vieillesse effectués au compte de l'assuré s'élèvent à 2.151 frs 50 ;

« Attendu que la créance de la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse contre Cocard père ressort ainsi au chiffre de 24.832 frs 58, moins 2.051 frs 50, soit 22.781 frs 08 ;

« Par ces motifs :

« Statuant publiquement par défaut à l'égard de Cocard et contradictoirement à l'égard des deux défendeurs et en premier ressort :

« Condamne la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse à attribuer à Cocard Ange une pension d'invalidité de 3.400 frs à compter du 1^{er} septembre 1936 ;

« Condamne Cocard père à rembourser à la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse la somme de 22.781 frs 08 liquidée comme il a été dit ci-dessus ;

« Condamne Cocard père en tous les dépens ».

C'est également dans ce sens que s'est prononcée la Commission d'arrondissement de Pau (17 juin 1937, Caisse Primaire Interprofessionnelle de Pau c/ Société des T...) qui a tranché également et de la façon la plus nette, la deuxième difficulté que soulève l'application de l'article 21 § 6 du décret-loi en fixant la quotité des cotisations à déduire du montant des prestations payées pour établir le préjudice dont la Caisse peut demander réparation.

Aux termes de cette sentence, en effet, les cotisations à déduire s'entendent uniquement de celles qui ont été versées tardivement et qui se rapportent à la période de référence.

Cette solution paraît judicieuse puisque, pour apprécier les droits d'un assuré, on ne considère uniquement que les cotisations versées au cours de cette période.

On peut donc actuellement estimer que les organis-

mes d'Assurances sociales appelés à servir les prestations de l'assurance-invalidité en exécution de l'article 21 § 5 du décret-loi pourront exercer devant la Commission d'arrondissement (avec appel possible devant le Tribunal civil et pourvoi en Cassation, le cas échéant) un recours contre l'employeur pour le montant des prestations servies ou à servir, déduction faite des cotisations et intérêts se rapportant aux deux années précédant la maladie et acquittés après la première constatation médicale.

En ce qui concerne, par ailleurs, l'organisme compétent pour exercer ce recours, Caisse ou Union, ainsi que l'évaluation du montant des prestations susceptibles d'être attribuées à l'assuré tant au titre des soins aux invalides que des arrérages de la pension, nous ne pouvons que renvoyer aux développements du chapitre précédent relatifs à l'exercice du recours contre le tiers responsable d'un accident ayant engendré l'invalidité.

TITRE VI

**RÉSULTATS DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ
APRÈS LES
PREMIÈRES ANNÉES DE FONCTIONNEMENT**

CHAPITRE PREMIER

LES STATISTIQUES MEDICALES

Après ces premières années de fonctionnement, on ne possède pas encore de statistique précise et complète sur les causes et l'évolution des invalidités en France.

Certains médecins contrôleurs de Caisses ou d'Unions se sont cependant préoccupé d'établir pour leur organisme une statistique de ce genre, mais il n'existe pas, à notre connaissance tout au moins, de statistique s'appliquant à l'ensemble du territoire.

Les résultats d'études faites à ce sujet, ont cependant été publiés dans le Médecin-Conseil, bulletin de l'Association des médecins-conseils et contrôleurs, résultats qui se trouvent résumés dans le tableau ci-après (V. page 192).

Mais, si ces résultats paraissent correspondre à la réalité pour la région parisienne, région pour laquelle nous allons pouvoir fournir des chiffres plus précis, on ne peut que faire toutes réserves sur les chiffres indiqués pour d'autres départements, une statistique absolument exacte qui nous a été fournie par le Dr BAILLARGER, médecin-contrôleur de l'Union Régionale de Ren-

	SEINE et SEINE-ET-OISE	PAS-DE-CALAIS	DIVERSES RÉGIONS	OISE	BOUCHES DU RHÔNE	RHÔNE	SARTHE	INDRE
1. Tuberculoses pulmonaires ..	61,87 %	48,50 %	47,50 %	48,30 %	44 %	39 %	30,68 %	24,49 %
2. Tuberculoses osseuses	3,35 %	8,50 %	2,50 %			3 %	2,27 %	4,01 %
3. Tuberculoses autres	1,61 %	3,40 %	3,10 %			2,20 %	1,13 %	0,40 %
4. Tumeurs malignes	3,98 %	2,40 %	4,40 %	5,90 %	5 %	2 %	4,54 %	6,82 %
5. Maladies infectieuses	0,14 %	2,80 %	0,70 %	7,60 %				3,21 %
6. Appareil respiratoire	2,60 %	3,80 %	5,50 %		5 %	8,10 %	10,22 %	10,04 %
7. Appareil digestif	2,82 %	5,70 %	4,20 %		5 %	6,70 %	4,54 %	5,62 %
8. Appareil circulatoire : cœur ..	5,91 %	8,50 %	6,10 %			7,40 %	9,09 %	7,63 %
9. Appareil circulatoire : artère..	0,82 %	2,40 %	1,60 %	13,55 %	10 %		1,13 %	
10. Appareil circulatoire : veines..	0,55 %	1,40 %	0,70 %			0,30 %	4,50 %	1,20 %
11. Affections puerpérales	0,09 %		0,30 %					
12. Système urinaire	0,77 %	0,90 %	1,50 %		2 %	5,10 %	1,13 %	4,41 %
13. Appareil génital : Hommes..	0,07 %					0,60 %	2,27 %	
14. Appareil génital : Femmes..	1,11 %	0,40 %	1, %	1,70 %	3 %	1,10 %		2,81 %
15. Psychoses	1,85 %	2,30 %	1,60 %			3,50 %	11,30 %	2,81 %
16. Système nerveux : central..	6,39 %	0,04 %	6,50 %	7,60 %		8,30 %	4,54 %	6,82 %
17. Système nerveux : périphér..	0,26 %	0,04 %	0,40 %			0,40 %	4,54 %	1,60 %
18. Yeux	0,85 %	2,30 %	2,40 %	2,14 %	1,50 %	2,40 %	1,13 %	1,20 %
19. Oreilles	0,14 %					0,40 %		
20. Traumatismes	1,03 %		0,90 %	1,70 %		1,80 %	1,13 %	0,40 %
21. Sang et rate	0,31 %		0,40 %			1,30 %		0,40 %
22. Rhumatismes	1,15 %	1,40 %	4,30 %	5,90 %	0,30 %	2,60 %		5,22 %
23. Diabète	0,31 %	0,90 %	0,60 %	0,84 %	1 %	1,10 %		0,80 %
24. Hernies et éventrations	0,02 %							2, %
25. Goîtres exophtalmiques	0,31 %		0,30 %		0,30 %	0,40 %		0,40 %
26. Peau et téguments	0,10 %		0,30 %				1,13 %	0,80 %
27. Os et articulations	1,03 %	3,30 %	0,70 %		1 %			5,62 %
28. Divers	0,39 %	0,40 %	0,60 %		8,90 %	0,40 %	4,54 %	1,20 %

nes, montrant que les chiffres indiqués ci-contre pour le département de la Sarthe sont assez éloignés de la réalité.

Plus exacts sont certainement les chiffres qui ont été publiés par le Dr SOURICE à la suite d'une étude faite à la Caisse Mutualiste Normande de Capitalisation (région du Havre) et que nous extrayons du N° du Médecin-Conseil d'octobre 1937 (page 446) :

**Classement par maladie des 957 pensions d'invalidité
accordées depuis la mise en application
de la loi jusqu'au 31 Décembre 1936**

	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage par rapport aux pensions accordées
1. Tuberculose pulmonaire	288	143	431	45,03
2. Tuberculose osseuse	22	6	28	2,92
3. Tuberculoses autres	27	20	47	4,91
4. Tumeurs malignes	55	14	69	7,21
5. Maladies infectieuses				
6. Appareil respiratoire	35	8	43	4,49
7. Appareil digestif	28	10	38	3,97
8. Appareil circulatoire : cœur..	46	18	64	6,68
9. Appareil circulatoire : artères	14	4	18	1,88
10. Appareil circulatoire : veines.	1	1	2	0,20
11. Affect. puerpérales, suites de couches				
12. Système urinaire	16	7	23	2,40
13. Appareil génital hommes	1		1	0,10
14. Appareil génital femmes		3	3	0,31
15. Psychoses	9	10	19	1,98
16. Système nerveux central	58	18	76	7,94
17. Système nerveux périphér. ...	7	2	9	0,93
18. Yeux	6	6	12	1,25
19. Oreilles				
20. Traumatismes	6	1	7	0,73
21. Sang — rate	4	2	6	0,62
22. Rhumatisme	14	8	22	2,29
23. Diabète	7	1	8	0,83
24. Hernies-éventration				
25. Goitre				
26. Peau, téguments	3	1	4	0,41
27. Os, articulations	17	3	20	2,09
28. Divers	5	2	7	0,73
Total	669	288	957	

Plus sincères aussi sont les renseignements recueillis par les médecins contrôleurs de la Fédération mutualiste de la Seine, la plus importante des Caisses Françaises après la Section spéciale de la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse, renseignements qui sont résumés dans le tableau ci-après (page 197).

Ces renseignements qui s'appliquent à des assurés de la région parisienne sont corroborés par la statistique que nous avons pu obtenir à l'Union Régionale à Paris et que nous reproduisons :

AFFECTIONS		Pourc.
Tuberculoses	<i>Pulmonaires</i>	62, %
	<i>Osseuses</i>	2,90 %
	<i>Autres</i>	1,40 %
Tumeurs malignes		2,90 %
Maladies infectieuses		0,28 %
Appareil respiratoire		3,10 %
Appareil digestif		3,20 %
Appareil circulatoire	<i>Cœur</i>	4,30 %
	<i>Artères</i>	0,62 %
	<i>Veines</i>	0,65 %
Affections puerperales, suites de couches		0,14 %
Système urinaire		1,10 %
Appareil génital	<i>Hommes</i>	0,09 %
	<i>Femmes</i>	0,90 %
Psychoses		1,80 %
Système nerveux	<i>central</i>	5,90 %
	<i>périphérique</i>	0,40 %
Yeux		1,30 %
Oreilles		0,70 %
Traumatisme		1,30 %
Sang et rate		0,19 %
Rhumatismes		2,10 %
Diabète		0,48 %
Hernies et éventrations		0,10 %
Goître exophtalmique		0,25 %
Peau et téguments		0,31 %
Os et articulations		0,96 %
Divers		0,68 %
Total		100, %

Année 1936 sur 4.985 pens. acc.		Année 1935 sur 4.164 pens. acc.		Année 1934 sur 3.521 pens. acc.		DIAGNOSTIC	
Total	Pourc.	Total	Pourc.	Total	Pourc.		
3.003	60,25	2.594	62,28	2.186	62,	Pulmonaires	Tuberculoses
157	3,15	140	3,60	104	2,90	Osseuses	
123	2,46	71	1,68	50	1,40	Autres	
203	4,07	167	4,01	105	2,90	Tumeurs Malignes	
8	0,16	6	0,14	10	0,28	Maladies infectieuses	
142	2,85	110	2,64	111	3,10	Appareil respiratoire	
175	3,51	135	3,26	114	3,20	Appareil digestif	
290	5,82	248	5,94	153	4,30	Cœur	Appareil circulatoire
22	0,44	36	0,86	22	0,62	Artères	
29	0,58	23	0,54	23	0,65	Veines	
3	0,06	4	0,09	5	0,14	Affect. puerpérales Suite de couches	
		3	0,07	4	0,09	Système urinaire	
41	0,82	48	1,15	31	0,90	Hommes	Appareil général
104	2,08	78	1,87	64	1,80	Femmes	
244	4,90	214	5,36	208	5,90	Psychoses	
14	0,28	10	0,24	15	0,40	Central	Système nerveux
50	1,00	38	0,91	46	1,30	Périphérique	
		6	0,14	6	0,70	Yeux	
42	0,86	42	1,07	46	1,30	Oreilles	
20	0,40	13	0,31	7	0,19	Traumatismes	
70	1,40	49	1,17	74	2,10	Sang et rate	
11	0,22	13	0,31	17	0,48	Rhumatismes	
2	0,04	1	0,02	4	0,10	Diabète	
13	0,26	12	0,28	9	0,25	Hernies et éventrat.	
11	0,22	6	0,14	11	0,31	Goître	
80	1,60	45	1,08	34	0,96	Peau et Téguments	
54	1,08	17	0,40	24	0,68	Os et Articulations	
4.985	100,	4.164	100,	3.521	100,		

Mais la statistique la plus précise nous a été fournie pour la région de Rennes, par le D^r BAILLARGER, médecin-contrôleur de l'Union des Caisses de cette région, statistique qui a été établie après un examen personnel effectué par ce médecin de chacun des assurés titulaires d'une pension d'invalidité à la charge de cette Union (voir ci-après, pages 200 et 201).

Bien que ces résultats soient fragmentaires, leur examen montre que, dans l'ensemble, les tuberculoses de toute nature, mais surtout la tuberculose pulmonaire, causent plus de la moitié des invalidités.

Les affections de l'appareil circulatoire viennent au deuxième rang ce qui est conforme aux renseignements fournis à la Conférence des Assurances Sociales en 1936 où il a été précisé d'ailleurs que, dans tous les pays où la tuberculose est moins fréquente, les affections du cœur viennent en général au premier plan, les pourcentages des autres affections restant sensiblement les mêmes.

Enfin, terminons nos constatations, en soulignant le pourcentage relativement élevé des maladies du système nerveux ainsi que celui des affections de l'appareil digestif.

Par contre, notons avec satisfaction, le pourcentage assez faible des tumeurs malignes, ce pourcentage ne dépassant pas 5 % de l'ensemble des affections dans aucune des statistiques que nous avons reproduites (exception faite pour la statistique du D^r SOURICE, toutes réserves étant faites à ce sujet étant donné le nombre assez restreint d'invalides auxquels elle s'applique).

Avant d'en terminer avec cette question des affections causes de l'invalidité, il nous paraît nécessaire d'insister sur la proportion considérable, dans toutes les régions, des invalides tuberculeux.

La tuberculose est donc la cause essentielle des invalidités et malheureusement, ainsi que le D^r GODARD, médecin-contrôleur de la Caisse interdépartementale des Assurances sociales l'a souligné au IV^{me} Congrès National de l'Association des Médecins-Conseils, à la suite d'une étude portant sur 2.000 invalides de la région parisienne, « la tuberculose est la cause principale de l'invalidité non seulement en quantité, mais encore en qualité, car elle frappe surtout les jeunes aux âges les plus productifs de la vie » (1).

La comparaison des courbes d'âge faite par ce médecin, montre, en effet, que les trois quarts environ des invalides tuberculeux sont âgés de moins de 40 ans, alors que les invalides non tuberculeux ont pour la plupart dépassé cet âge.

Moins nets, mais toujours dans le même sens, sont les résultats des recherches faites dans la région de Rennes où parmi les invalides tuberculeux, 65 % environ sont âgés de moins de 35 ans et 35 % ont un âge plus avancé.

Nous reviendrons sur ce problème à l'occasion de l'examen des mesures à prendre en présence de ces résultats (V. ci-dessous, Titre VII), mais nous croyons utile de noter, d'ores et déjà, que c'est à peu près exclusivement contre la tuberculose pulmonaire, dont les ravages se révèlent considérables dans nos populations ouvrières, que les Caisses d'Assurances sociales devront chercher à protéger leurs assurés, car en dépit des progrès réalisés dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose, cette affection apparaît toujours comme le fléau le plus grave et le plus dangereux pour le malade et pour la Société.

(1) *Le Médecin-Conseil*, Octobre 1937, page 461.

UNION REGION

STATISTIQUE d'après 1.200 doss

Nombre d'assurés inscrits à l'invalidité : 1.461 (au 1^{er} janvier 1937).

Moins de 35 ans	618
Plus de 35 ans	846

Dossiers médicaux établis au 15 juillet : 1.250.

Population totale de la Région : 2.494.266 se répartissant ainsi

Nombre d'assurés inscrits au 1^{er} juillet 1937 : 346.578 se répartissant ainsi

Nombre d'assurés en Invalidité par département depuis l'application de la loi, jusqu'au 30 juin 1937

Causes d'Invalidité

Tuberculose (pulmonaire et osseuse)..... 702 soit 58,5 %
(dont 55 tuberculeux osseux) se répartissant ainsi..

Moins de 35 ans	448 soit 63,6 %
Plus de 35 ans	254 soit 36,4 %

Maladies du cœur 117 soit 9,7 %

Maladies de l'appareil digestif 75 soit 6,2 %

Maladies du système nerveux 71 soit 5,9 %

Maladies mentales 47 soit 3,5 %

Rhumatismes chroniques 29 soit 2,4 %

Cancer 11 soit 0,9 %

E DE RENNES

USES D'INVALIDITÉ

rtant un diagnostic formel

dossiers 112 dossiers 301 dossiers 175 dossiers 386 dossiers

SARTHE	MAYENNE	ILLE-ET-VILLAINE	C. DU N.	FINISTÈRE
888.519	251.348	565.766	581.840	756.793
64.847	30.615	91.243	50.102	109.771
655 soit 1,01 %	366 soit 11	892 soit 0,98 %	471 soit 0,94 %	1.086 soit 0,91 %
55,7 % 26 10	59,8 % 67 2	59,4 % 179 7	59,4 % 104 13	58,5 % 226 23
84 42	44 23	119 60	63 42	139 87
30 soit 3,2 %	10 soit 8,9 %	25 soit 8,3 %	16 soit 9,1 %	36 soit 9,3 %
16 soit 7,5 %	13 soit 11,6 %	16 soit 5,3 %	10 soit 5,8 %	20 soit 5,2 %
14 soit 6,1 %	6 soit 5,2 %	25 soit 8,3 %	5 soit 2,8 %	21 soit 5,4 %
15 soit 6,6 %	6 soit 5,3 %	19 soit 6,3 %	4 soit 2,2 %	3 soit 0,8 %
2 soit 0,88 %	3 soit 2,6 %	5 soit 1,6 %	4 soit 2,2 %	15 soit 3,6 %
3 soit 0,2 %	1 soit 0,8 %	4 soit 1,3 %	1 soit 0,58 %	2 soit 0,59 %

CHAPITRE II

LES STATISTIQUES ADMINISTRATIVES

Les premiers résultats du fonctionnement de l'assurance-invalidité pour l'ensemble du territoire ont été publiés par le Ministère du Travail en 1937 (1).

Nous les reproduisons, ainsi que les commentaires ministériels, à titre purement indicatif :

ASSURANCE INVALIDITÉ

En raison du long délai nécessaire à l'instruction des dossiers de pension d'invalidité, la statistique ci-après, bien que marquant une progression régulière n'indique pas la situation exacte à la date du 31 décembre 1935.

DÉSIGNATION	Au 31 Décembre 1933	Statistique au 31 Décembre 1934	Au 31 Décembre 1935
Nombre de demandes de pensions parvenues à la Caisse générale de garantie	5.935	19.989	40.542
Nombre de pensions :			
accordées	2.286	14.759	33.041
rejetées	366	3.446	5.991
en instance	2.743	1.347	830
supprimées		2.540	6.608
en cours		11.769	25.550
en cours sans paiement d'arrérages ..		450	883
Montant des pensions :			
accordées	4.624.718	29.960.770	67.734.050
supprimées		5.080.000	13.348.160

(1) Rapport sur l'application de la loi des Assurances Sociales. Statistiques du 1^{er} janvier 1934 au 31 Décembre 1935 (pages 62 et 63).

Certains chiffres du tableau précédent ne peuvent être considérés comme rigoureusement exacts notamment en ce qui concerne les opérations du début du fonctionnement de l'assurance-invalidité. A cette époque, certaines Caisses ont prononcé directement les rejets sans intervention de la Caisse générale de garantie.

D'autre part, les suppressions de pensions par suite de décès ne sont pas toujours signalées.

Le tableau suivant indique le montant des dépenses comptabilisées par la Caisse générale de garantie.

DÉSIGNATION	1933	1934	1935
	francs	francs	francs
Rentes			4.006.214,67
Soins préventifs		17.974,60	371.758,08
Honoraires, frais d'expertes, déplacements	13.759,15		248.603,85
Soins aux Invalides	20.916,12	401.590,04	6.969.881,66
Charges de famille, invalidité			483.108,45
Total	34.675,27	544.650,37	12.079.566,71

Mais, il est bien évident que ces chiffres, ainsi que l'indique, d'ailleurs, le commentaire qui les accompagne, ne présentent aucun caractère d'exactitude.

Aussi, il nous paraît absolument inutile d'essayer d'en dégager une conclusion quelconque, d'autant que, grâce à l'obligeance des services de l'actuariat du Ministère du Travail, nous avons pu obtenir communication des résultats précis du fonctionnement de l'assurance-invalidité jusqu'au 31 décembre 1936. Ces résultats, qui ont été obtenus après un travail considérable, figureront, d'ailleurs, vraisemblablement, dans le plus prochain rapport ministériel sur l'application de la loi.

Le nombre de pensions attribuées jusqu'au 31 décembre 1936 s'établit à 48.149, soit :

6.623 en 1933,
10.585 en 1934,
13.949 en 1935,
et 16.992 en 1936.

La lecture de ces chiffres montre que l'importance des promotions d'invalides va croissant alors que, comme l'établira le prochain rapport ministériel, le nombre des assurés cotisants a plutôt tendance à fléchir (1).

Ce phénomène a, selon nous, plusieurs raisons :

— d'une part, les assurés connaissent mieux leurs droits ;

— d'autre part, l'organisation des Caisses s'est perfectionnée, ce qui permet une instruction plus rapide des dossiers de demande de pension ;

— enfin, la condition de versements exigée par le décret-loi de l'assuré qui prétend au bénéfice de l'assurance-invalidité est plus libérale que celle qui avait été prévue par les lois de 1928-1930.

Par ailleurs, sur les 48.149 pensions concédées :

— 8.082, soit 17 %, ont été éteintes avant le 31 décembre 1936, par suite du décès du titulaire ;

— 3.666, soit 7 %, ont été supprimées avant cette date pour retour à la validité.

Si on décompose ces résultats, on s'aperçoit que sur les 6.623 pensions concédées en 1933, 1.610 ont été éteintes par décès avant le 31 décembre 1936, c'est-à-dire au cours des quatre années qui ont suivi l'entrée en jouissance.

Sur les 10.585 attribuées en 1934, 2.354 ont été éteintes par décès avant la même date, c'est-à-dire au cours des trois premières années de jouissance.

De même, sur les 13.949 pensions de l'année 1935, 2.428 ont été éteintes pour la même cause dans les deux

(1) Les services départementaux ou régionaux ont reçu pour l'assurance obligatoire du commerce et de l'industrie : 22.483.863 feuillets comportant des cotisations en 1933 ; 22.329.295 en 1934 ; 21.947.590 en 1935 ; 20.960.700 environ en 1936.

premières années et sur les 16.992 de 1936, 1.690 étaient éteintes au 31 décembre de la même année.

De ces premiers résultats, on peut dégager les proportions suivantes :

10 % des pensionnés d'invalidité décèdent dans l'année qui suit l'attribution de leur pension,

18 % au cours des deux premières années,

23 % au cours des trois premières années,

27 % au cours des quatre premières années.

La mortalité des invalides au cours des premières années est donc considérable (1).

Malheureusement, les assurés dont l'état de santé s'améliore suffisamment pour que la pension puisse être supprimée (capacité de travail devenue supérieure à 50 %) sont moins nombreux.

Sur les 6.623 pensionnés de 1933, 918 seulement étaient redevenus valides (au sens de la loi) au 31 décembre 1936.

Sur les 10.595 de 1934, on n'en trouve que 1.027.

Sur les 13.949 de 1935, 551 seulement.

Par contre, sur les 16.992 de 1936, on aurait déjà pu obtenir 1.170 suppressions.

En raison de l'importance de ce dernier chiffre, importance qui appelle quelques réserves, nous nous abstiendrons de formuler des conclusions sur le nombre des suppressions au cours des années passées et son évolution probable au cours des années à venir.

En tout état de cause, il résulte des indications qui précèdent que restaient en cours au 31 décembre 1936

(1) Cf. Les résultats obtenus par le D^r SOURICE. — Etude statistique sur les causes et l'évolution des invalidités faites à la Caisse Mutualiste normande de capitalisation. — *Le Médecin Conseil*, Octobre 1937, pages 446 et suivantes.

(1) environ 37.000 pensions d'invalidité. Quant au montant annuel des arrérages il s'établissait à près de 78 millions de francs, ce qui correspond à une moyenne d'environ 2.100 francs par pensionné.

Ceci posé, il nous paraît intéressant de comparer la charge qui résulte du service de ces pensions avec les prévisions de dépenses qui avaient été fournies lors du vote de la loi.

Les prévisions les plus diverses figurent dans les différents rapports parlementaires, mais nous entendons nous en tenir aux dernières évaluations, c'est-à-dire aux chiffres indiqués par le D^r CHAUVEAU, dans son commentaire de la loi : « La Chambre avait prévu au titre de l'invalidité une dépense moyenne de 19 frs par tête d'assuré, dépense correspondant à une charge globale de 152 millions par an. L'actuaire du Ministère du Travail a revu ses calculs, il estime que, pour couvrir ce risque, il faut en réalité 2,21 % du salaire, soit 862 millions pour une masse de salaires de 35 milliards et pour celle de 45 milliards (chiffre qu'il conviendrait d'accepter) la charge de 994 millions 500.000 francs. Quant au nombre de parties prenantes, il l'a d'abord estimé à 92.000 pour les pré-invalides et à 144.000 pour les invalides définitifs. Après de nouveaux calculs, il fixe maintenant le nombre total des invalides à 59.000 pour la deuxième année, à 104.000 pour la troisième, à 142.000 pour la quatrième, à 310.000 pour la dixième, à 520.000 pour la vingtième, à 613.000 pour la quarantième, cinquantième et les années suivantes ».

(1) Dans ces chiffres sont comprises les pensions attribuées à des assurés ayant dépassé l'âge de 60 ans et qui sont entrés en jouissance de leur pension vieillesse. Nous n'avons pu obtenir aucune indication sur le nombre de ces pensionnés.

« Ainsi, les évaluations ont varié du simple au quadruple » (1).

La simple lecture de ces lignes montre l'imprécision des évaluations de la charge financière qui devait résulter de l'assurance du risque invalidité.

Mais si on ne reporte aux chiffres que nous avons indiqués, on constate que, quoiqu'ayant varié du simple au quadruple les prévisions les plus modestes étaient encore très supérieures à la réalité.

La charge annuelle résultant du service des pensions est actuellement de l'ordre de 78 millions pour 37.000 pensionnés. La charge des soins aux invalides n'excède certainement pas quelques millions par an. On peut donc affirmer que les 37.000 assurés reconnus invalides ont entraîné en 1936 une dépense de l'ordre de 100 millions ce qui est très largement inférieur aux prévisions.

La même impression résulte d'ailleurs du calcul du pourcentage à prélever sur les salaires pour la couverture du risque invalidité.

En se reportant, en effet, au rapport du Ministre du Travail sur l'application de la loi (rapport édité en 1937, page 37) on constate que le montant des cotisations payées en 1935 s'élève à environ 2 milliards 100 millions de francs, ce qui correspond à un chiffre de salaires d'environ 40 milliards.

La portion de ces salaires nécessaire pour la couverture actuelle du risque d'invalidité en 1935 a donc été de l'ordre de 0,25 % alors que, comme nous l'avons vu, on prévoyait 2,21 % (2).

(1) CHAUVÉAU. — Opinion citée, commentaire juridique financier et administratif de la loi des Assurances Sociales, Paris 1928, page 544.

(2) Cf. à ce sujet les chiffres mentionnés dans une réponse du Ministre du Travail à une question écrite n° 4.376 de M. Frédéric DUPONT (J. O. du 19 Novembre 1937).

Voici les résultats obtenus après les premières années de fonctionnement de l'assurance-invalidité. Nous les avons dégagés des chiffres extraits des rapports officiels ou des renseignements que nous avons pu obtenir au Ministère du Travail. Nous pouvons donc affirmer que ces chiffres ont été établis avec le maximum de soins et qu'on peut y ajouter foi.

En présence de ces résultats, il semble que, sans pouvoir dégager de cette expérience des conclusions définitives, on pourrait, d'ores et déjà, accepter une augmentation de la charge financière résultant de l'assurance du risque invalidité.

A cet effet, on peut envisager deux solutions qui ne sont d'ailleurs pas exclusives.

La première consisterait à augmenter le nombre des bénéficiaires éventuels de l'assurance, soit en abaissant le pourcentage d'invalidité exigé, soit en se montrant plus libéral dans les conditions administratives requises.

L'abaissement du pourcentage d'invalidité est une mesure qui doit être envisagée favorablement, car il est incontestable que le pourcentage actuel (66 %) est élevé. On pourrait, semble-t-il, adopter le taux de 50 % que nous trouvons dans un certain nombre de législations étrangères, notamment dans celle de l'U.R.S.S.

Quant aux conditions administratives, la durée du stage imposé (2 ans) ne paraît pas excessive, la condition de versements prévue par le décret-loi est extrêmement libérale, aussi, il nous paraît inutile d'apporter sur ces points une modification quelconque.

L'effort que, par contre, nous estimons indispensable, — et c'est là une solution qui nous paraît devoir

être retenue, — doit surtout être porté sur le montant des pensions qui sont attribuées aux assurés reconnus invalides.

Nous avons vu, en étudiant la liquidation de la pension que, dans le cas le plus favorable, cette pension est égale à 40 % du salaire annuel moyen tel qu'il résulte des cotisations versées.

Or, limiter à 40 % su salaire annuel moyen, le montant de la pension attribuée à un assuré qui ne perçoit plus aucune rémunération et qui, en raison des soins nécessités par son affection, a des dépenses supplémentaires, n'est pas, à notre avis, digne d'une législation vraiment sociale.

C'est d'ailleurs là une des raisons qui incitent la plupart des invalides ou des postulants à l'invalidité, soit à ne pas interrompre leur travail, soit à le reprendre prématurément dès que l'amélioration de leur état le permet et sans attendre une stabilisation suffisante de leurs lésions.

Certes, on conçoit fort bien la préoccupation du législateur ; il est incontestable qu'il faut assurer l'équilibre financier du système, mais si, comme c'est le cas, l'expérience démontre que les dépenses prévues ne sont pas atteintes, on doit sans hésiter donner davantage à ceux qu'on garantit.

C'est là le but même de la loi et c'est dans cet esprit qu'elle doit être appliquée.

TITRE VII

LA LUTTE CONTRE L'INVALIDITÉ

CHAPITRE UNIQUE

LA PREVENTION DE L'INVALIDITE ET LES SOINS SPECIAUX AUX INVALIDES

Des statistiques médicales que nous avons reproduites, il nous paraît intéressant de dégager, quelques conclusions sur l'activité des Caisses et Unions dans la lutte contre l'invalidité.

Le but que doivent poursuivre les organismes chargés de la gestion de l'assurance-invalidité, c'est, d'une part, de chercher à prévenir l'invalidité et, d'autre part, lorsque l'invalidité n'a pu être évitée, de prendre des mesures susceptibles de la faire disparaître.

La prévention de l'invalidité n'est pas un problème nouveau.

Sous l'empire des lois des 5 avril 1928-30 avril 1930, le règlement général du 25 juillet 1930 avait prévu (article 37) qu'au cours des six premiers mois de soins, la Caisse d'assurance-maladie devait signaler à la Caisse à laquelle incombait le risque invalidité, les assurés dont la maladie, en se prolongeant au-delà de deux mois, laissait présager une invalidité future, ou paraissait

exiger des soins spéciaux tels qu'un traitement dans les établissements de prévention ou de cure.

Ces avis étaient destinés à permettre à la Caisse d'assurance-invalidité d'intervenir, si elle le jugeait utile, pour apporter à ces assurés une aide financière permettant l'application du traitement envisagé.

L'intervention de la Caisse d'assurance-invalidité (1) avait ainsi :

— un but éminemment social et humanitaire en permettant aux assurés de suivre un traitement qui, sans cette intervention, eût été trop onéreux pour eux ;

— un but intéressé en limitant l'intervention de l'organisme d'invalidité aux soins susceptibles de prévenir ou de faire disparaître l'invalidité.

Ce système a fonctionné jusqu'au 1^{er} janvier 1936 sous le contrôle de la Caisse générale de Garantie, organisme chargé jusqu'à cette date du remboursement de toutes les dépenses de l'Assurance-invalidité.

Depuis le 1^{er} janvier 1936, date d'entrée en application du décret-loi, c'est à la Caisse-maladie qu'incombe au premier chef, — tout au moins d'après les textes — le soin de prendre, dans la mesure de ses ressources, toutes dispositions propres à prévenir l'invalidité, sous réserve des ententes à intervenir par application de l'article 10 § 11 du décret-loi (2) (article 28, § 1 du règlement général du 19 mars 1936).

Néanmoins, la Caisse d'assurance-maladie doit signaler à l'Union Régionale, et éventuellement à la Caisse

(1) Voir à ce sujet, deux instructions de la Caisse Générale de Garantie en date des 15 Mars et 1^{er} Mai 1933.

(2) Article 10, § 11. Des ententes peuvent intervenir entre l'Union régionale, les caisses-maladie adhérentes et les caisses d'invalidité en vue de la prévention de l'invalidité et du partage éventuel des dépenses entre les divers organismes.

d'assurance-invalidité auxquelles elle se rattache, les assurés dont la maladie déclarée depuis plus de deux mois laisse présager une invalidité future ou paraît exiger des soins spéciaux tels qu'un traitement dans les établissements de prévention ou de cure ou une intervention chirurgicale.

Ces soins peuvent être, d'un commun accord entre ces organismes, dispensés par la Caisse d'assurance-maladie, à charge de remboursement d'une partie des frais par l'organisme à qui incombe la charge de l'assurance-invalidité, sans qu'en aucun cas, la participation de la Caisse d'assurance-maladie puisse être inférieure à la dépense résultant de l'application de son tarif de responsabilité (article 28 § 2 du règlement général) la participation de la Caisse invalidité étant, par ailleurs, limitée au montant des ressources qui reviendront à cet organisme en application de l'article 34 § 4 du décret-loi (décret-loi, article 10 § 11 in fine) (1).

Le rôle de la Caisse d'assurance-invalidité en matière d'attribution de soins préventifs, tel qu'il résulte de ce texte, est donc très limité, voire pratiquement nul.

Celui de la Caisse d'assurance-maladie est plus important. D'une part, cette Caisse doit prendre toutes dispositions pour dépister les affections susceptibles d'ouvrir droit ultérieurement au bénéfice de l'assurance-invalidité et, le cas échéant, provoquer toutes mesures propres à éviter la réalisation de cette éventualité ; d'autre part, ladite Caisse doit attirer l'attention de l'Union sur les assurés dont la maladie déclarée depuis

(1) Article 34, § 4. La moitié des bénéfices annuels des caisses d'assurance-vieillesse dont les bilans antérieurs accusent des excédents d'actif est affectée dans les conditions à fixer par le Ministre du Travail à la couverture des dépenses de l'assurance-invalidité.

plus de deux mois (1) laisse présager une invalidité future, en vue d'une action commune de prévention.

Enfin, quelle que soit la décision prise par l'Union à ce sujet, la Caisse maladie doit participer à la dépense résultant de l'application des soins spéciaux jusqu'à concurrence de la limite prévue par son tarif de responsabilité. Le tarif de responsabilité de la Caisse d'assurance-maladie constitue donc la participation minima de cet organisme.

Mais, c'est à l'Union régionale qu'incombe actuellement le rôle le plus important en matière de prévention. L'Union, en effet, est substituée à la Caisse d'assurance-invalidité pour décider à la fois de l'opportunité du traitement et de sa participation éventuelle à la dépense qui doit en résulter ; car, à l'encontre de la Caisse-maladie, qui est tenue de prendre en charge tous les soins nécessités par l'état de santé de l'assuré dans la limite de son tarif de responsabilité, l'Union n'a qu'une participation facultative. Cette participation, l'Union ne doit l'accorder qu'à bon escient, et compte tenu de ses ressources financières.

Il appartient donc aux Unions de disposer des fonds qu'elles peuvent consacrer à la prévention au mieux de leurs intérêts, c'est-à-dire, en définitive, au mieux des intérêts de la collectivité.

Cette substitution de l'Union à la Caisse d'assurance-invalidité est judicieuse. Ce sont actuellement les Unions qui bénéficient des économies réalisées grâce à l'adoption des mesures de prévention. Il est donc nor-

(1) Ce délai n'a pas un caractère absolu. Il constitue simplement une indication de la période à l'expiration de laquelle le législateur estime qu'une maladie sans être encore chronique, est suffisamment grave, pour que la Caisse se préoccupe d'éviter une invalidité possible.

mal de laisser à leur charge une part importante de la dépense correspondante.

On sait, en effet, que les Unions ont la charge des arrérages des pensions d'invalidité pendant les cinq premières années et qu'elles doivent assurer, pendant la même période, le service des prestations des soins aux invalides. Si donc, les mesures de prévention permettent d'éviter l'invalidité, c'est l'Union qui en profitera la première. L'attribution de la pension d'invalidité est pour elle une éventualité proche qu'elle a un intérêt quasi-immédiat à éviter.

La Caisse d'invalidité a, elle aussi, un intérêt, puisqu'en définitive, elle risque d'être appelée à servir les arrérages de la pension après les cinq premières années, mais un intérêt beaucoup plus éloigné et, partant, beaucoup plus faible.

Il était donc normal de charger l'organisme intéressé, c'est-à-dire l'Union, plutôt que la Caisse d'assurance-invalidité, de participer aux dépenses résultant de l'application de soins préventifs.

**

Ceci posé, est-il possible de donner de cette catégorie de soins, une énumération limitative ? Une réponse négative s'impose. Les soins préventifs doivent s'entendre de tous les traitements susceptibles d'éviter la réalisation du risque d'invalidité, c'est-à-dire de provoquer une amélioration de l'état du malade telle qu'à l'expiration des six mois de maladie, l'assuré ne soit pas atteint d'une invalidité égale au moins aux deux tiers. Ces soins varieront donc suivant la nature de l'affection considérée, son caractère de gravité, l'état du malade, etc...

Nous avons vu, précédemment, que plus de la moitié des assurés sociaux sont tuberculeux, ce pourcentage élevé s'explique par ce fait que les assurés sociaux sont recrutés dans la classe ouvrière, c'est-à-dire celle où les conditions d'existence sont les plus difficiles, et où, par suite, la tuberculose fait les ravages les plus importants. Les mesures de prévention consisteront donc, dans des cas de ce genre, à faire hospitaliser l'assuré dans un établissement approprié, préventorium, sanatorium de plaine ou de montagne, etc...

Mais, pour des affections autres que la tuberculose, la mesure de prévention à adopter pourra être aussi bien une intervention chirurgicale qu'un traitement dans une ville d'eau ou dans un centre particulier, telle cure, telle série de piqûres, telle application de rayons, en un mot tel traitement qui aura été jugé favorable à la fois par le médecin traitant et le médecin-contrôleur de l'Union.

Examinons, maintenant, lorsque l'application de ce traitement aura été décidée, quel va être le rôle respectif de l'assuré, de la Caisse d'assurance-maladie et de l'Union.

La Caisse d'assurance-maladie doit, nous l'avons vu, participer à la dépense résultant de l'octroi du traitement, jusqu'à concurrence de la fraction qui correspond au moins à la limite de son tarif de responsabilité. C'est, d'ailleurs, à ce tarif que, pratiquement, les Caisses maladie limitent leur participation.

Quant à la part supplémentaire, elle doit normalement rester à la charge de l'assuré au titre de sa participation légale aux frais des soins qui lui sont dispensés.

Mais, cette participation est parfois importante, surtout lorsqu'il s'agit de soins spéciaux — hospitalisation, intervention chirurgicale, frais de cure — les Caisses ayant généralement adopté pour tous ces actes un tarif de responsabilité relativement bas.

Cette participation revêt alors une telle importance que l'assuré, bien que n'étant pas démuné de ressources au point de bénéficier de l'assistance médicale gratuite (1), se trouve, parfois, dans l'impossibilité d'en assumer la charge. C'est dans cette hypothèse que se justifie l'intervention de l'Union. En prenant à sa charge tout ou partie de la part de la dépense incombant à l'assuré, l'Union va lui permettre de suivre le traitement préconisé.

Ainsi, le rôle de l'Union consiste, le cas échéant, à enquêter sur les ressources du malade et, après examen des résultats de cette enquête, à décider si elle doit intervenir et dans l'affirmative, à fixer les conditions de son intervention.

Bien entendu, la participation de l'Union n'est justifiée qu'en faveur des assurés qui, comme nous l'avons indiqué, seraient, sans cette participation, dans l'impossibilité absolue de suivre le traitement prescrit.

L'Union intervient donc pour exonérer l'assuré personnellement et non les organismes qui peuvent avoir à intervenir légalement (Caisse-Maladie, Assistance médicale gratuite...).

(1) Si l'assuré bénéficie de l'assurance médicale gratuite il n'a plus à supporter aucune part de la dépense résultant de l'octroi des soins. La question d'intervention des Unions en faveur de cette catégorie d'assurés ne se pose pas.

*
**

Les mesures de prévention prises dans ces conditions au cours des années 1933 à 1937 se sont révélées efficaces.

Dans la plupart des cas, en effet, où l'organisme chargé de l'assurance-invalidité — Caisse puis Union — est intervenu, l'invalidité a pu être évitée ou a disparu dans un délai relativement bref.

Pour renforcer ces mesures, on pourrait envisager un contrôle périodique des assurés par les Caisses d'assurance-maladie en vue de dépister chez les êtres présumés sains, les probabilités d'affections graves et prendre, sans délai, les mesures préventives nécessaires.

Ce serait là, en quelque sorte, un contrôle médical analogue à l'inspection médicale scolaire, et qui constituerait lui aussi un tamis « à mailles suffisamment serrées pour dépister les états pathologiques avant que les dégâts qu'ils provoquent soient devenus irréparables ».

En matière d'assurance sociale, comme en matière d'hygiène scolaire, et comme partout, « guérir c'est d'hier, prévenir, c'est demain » (1).

*
**

Malheureusement l'adoption des moyens de prévention et de prophylaxie les plus perfectionnés ne permettra pas toujours d'éviter l'invalidité. Il faudra, alors, que les organismes d'assurances sociales s'efforcent de

(1) D^r BERNARD CHANTEGREIL. — *Contribution à l'étude du dépistage de la tuberculose pulmonaire latente chez l'enfant d'âge scolaire*. — Thèse de Doctorat, Bordeaux 1931.

provoquer une amélioration de l'état du malade telle qu'il puisse reprendre un travail suffisamment rémunérateur.

On peut aussi concevoir que ces organismes continueront à assumer la charge des soins spéciaux préventifs ou accepteront de payer tout ou partie de la part de la dépense en résultant et excédant le tarif normal, de remboursement des soins aux invalides.

Ce sont là mesures propres à améliorer l'état physique en vue de la reprise de l'ancienne activité ouvrière.

Mais l'intervention des Caisses ou des Unions en faveur de leurs assurés invalides ne saurait se limiter là. L'invalidité s'entend, comme nous l'avons vu, de l'incapacité générale de gain, c'est-à-dire qu'elle est fonction des possibilités de reclassement de l'invalidé sur le marché du travail.

Les organismes d'Assurances sociales auront donc intérêt non seulement à provoquer une amélioration de l'état de santé de l'invalidé, mais encore, le cas échéant, à le rééduquer ou à le réadapter en vue de l'exercice d'une autre profession.

La loi et les différents textes réglementaires ne contiennent aucune disposition à ce sujet, mais le Ministre du Travail, répondant à une question de M. Amédée Guy demandant si l'article 10, paragraphe 11, du décret-loi du 28 octobre 1935 pouvait s'appliquer à la rééducation des assurés invalides ou à la réadaptation à la vie normale dans le cas de tuberculeux stabilisés (1), a précisé (J. O. 19 juin 1937) « que rien n'empêchait les

(1) Voir « Une formule nouvelle de travail des tuberculeux par la collaboration des Assurances Sociales et de l'industrie », par le D^r L. MEYER. — Bulletin de documentation de l'union des Caisses de la région parisienne, n° 156.

Unions Régionales qui ont la charge des soins aux invalides, d'assurer aux intéressés les traitements médicaux ou chirurgicaux appropriés en vue de réduire ou de supprimer leur incapacité de travail ».

Le Ministre du Travail estime donc — et on ne peut que l'approuver — que les Unions Régionales peuvent engager les dépenses nécessaires à la disparition de l'invalidité qui n'a pu être évitée.

Nous ne saurions trop insister sur l'opportunité de telles mesures.

Prévenir, guérir, rééduquer sont trois aspects d'un problème capital pour les individus, pour les Caisses d'assurances et pour le pays tout entier.

L'Etat a fort bien compris l'intérêt, au point de vue général, de la rééducation des blessés et malades de guerre, souhaitons que les organismes d'Assurances sociales comprennent qu'à côté de cet intérêt général, il y va de leur intérêt particulier.

Vu, le Doyen :

Edgard ALLIX.

Vu, le Président :

William OUALID.

Vu et permis d'imprimer,

le Recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

I. — TRAITÉS

- ANTONELLI. — Guide pratique des Assurances sociales. — Payot
Paris, 1^{er} tirage 1928, 2^{me} tirage 1930.
- Le droit des Assurances sociales considéré par rapport
aux individus.
- Le droit des Assurances sociales considéré par rapport
aux organismes.
(Edités par l'Union des Caisses d'Assurances sociales, 70,
rue de Rochechouart).
- BONNARD. — Précis de Droit administratif. — 1935, Sirey.
- BUSSEAU. — La reconstitution des Assurances sociales en Alle-
magne après la chute du mark.
- D^r CHAUVEAU (C.). — Commentaire juridique, financier, admi-
nistratif de la loi sur les Assurances sociales. — Paris,
1928, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.
- DREYFUS (Jacques-Ferdinand). — Les prévisions statistiques
et financières des Assurances sociales. — 1923, Les Pres-
ses Universitaires de France.
- FLEURY (Emile). — La loi du 5 avril 1928 sur les Assurances
sociales. Commentaire pratique et critique. — Librairie
du Recueil Sirey, Paris 1929.
- FRANTZEN (P.). — Les Assurances sociales. — Editions de la
S.A.P.E., 11 bis, rue Keppler, Paris, 1927.
- GIDE. — Economie sociale. — Paris, 1905 (Société du Recueil
général des lois et arrêts).

- HAMON. — Assurances sociales en Europe. — 1900, Paris.
- HUBERT, LAPROUST, JAVERZAC. — Les Assurances sociales. — 1930, Dalloz.
- KILIKOWSKY. — Les Assurances sociales en Pologne.
- LERICHE, G. DE MARCHAND et BOUCHER. — Où en sont les Assurances sociales. Problèmes actuels. — Lyon, 1935 (édité par la Chronique Sociale de France).
- LICK (D^r). — Les méfaits des Assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier. — Paris, 1929 (Payot, Traduction par P. Cantzenberg).
- MONTCHRÉTIEN. — Le problème des Assurances sociales en France. — Paris, Granet, 1922.
- PERRAUD, CHARMENTIER. — Code pratique des Assurances sociales. — Paris, 1930.
- Nouveau Code pratique des Assurances sociales, Paris, 1936.
- PIO (Paul). — Traité élémentaire de législation industrielle. Les Assurances sociales en France et à l'étranger.
- PICARD (Roger). — Les Assurances sociales. — Paris 1930 (Jurisclasseurs, Editions Godde).
- REY (A.). — La question des Assurances sociales. — Félix Alcan, Paris 1925.
- ROUAST et GIVORD. — Traité de droit des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- SACHET (A.). — Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail. — Paris 1934 et 1936.
- SOLUS (Henri). — Qu'est-ce que les Assurances sociales ? — Paris 1928 (Librairie du Recueil Sirey).
- TISSIER (Pierre), CLOSSET (Pierre), OLIVIER DE SARDAN (Pierre). — Traité des Assurances sociales. — Jurisclasseurs, Editions Godde, 1931.

II. — THÈSES

- BESSOL (Maurice). — L'assurance par l'Etat du risque professionnel. — Bordeaux, 1937.
- BOUFFARD (Pierre). — Les modifications apportées à la gestion administrative et financière des Assurances sociales par le décret-loi du 28 octobre 1935 et le règlement général du 19 mars 1936. — Bordeaux, 1936.
- BOVET. — Les assurances ouvrières obligatoires et leur rôle social. — Berne, 1901.
- CAILLES. — La loi sur les Assurances sociales et la maternité. — Paris 1927.
- Dr CHANTEGREIL (Bernard). — Contribution à l'étude du dépistage de la tuberculose latente. — Thèse médecine, Bordeaux, 1931.
- CHIRIAC. — Les Assurances sociales en Roumanie. — Paris, 1932.
- LAGUERRE (A.). — Les caractères internationaux de l'assurance sociale. — Montpellier, 1927.
- TISSERAND. — Le système financier des Assurances sociales. — Paris, 1929.
- ZERVOS (Jean). — Les Assurances sociales en Grèce. — Paris, 1933.

III. — DOCUMENTS
ET PUBLICATIONS PÉRIODIQUESA. — *Textes et documents parlementaires ou officiels.*

Journal Officiel. — Lois et décrets. Débats parlementaires.
Rapports parlementaires ayant précédé le vote de la loi sur les Assurances sociales et notamment ceux de M. Antonicelli, Chauveau, Grinda, Landry, Louis Pasquet, etc.

Circulaires du Ministre du Travail et notes de la Caisse générale de garantie, années 1930 à 1937 inclus.

Recueil de questions écrites et de jurisprudence édité par le Comité Central des Assurances sociales, années 1930 à 1937 inclus.

Rapports établis par le Ministre du Travail sur l'application de la loi (Statistiques du 1^{er} juillet 1930 au 31 décembre 1935).

B. — Publications du Bureau International du Travail.

Les problèmes généraux de l'Assurance sociale.

L'assurance vieillesse, invalidité, décès, obligatoire.

Evaluation de l'incapacité permanente de gain dans les Assurances sociales.

L'organisation internationale du travail et les Assurances sociales.

C. — Publications périodiques et divers.

G. RISSER. — Etude du projet de loi français sur les A. S. (Transactions of the eight International Congress of Actuaries London 1927, pages 110 et suivantes).

P. RAZOUS. — Les principales caractéristiques de l'organisation et du fonctionnement des A. S. (même ouvrage, pages 128 et suivantes).

Comunicazioni Assicurazione invalidita e Assicurazione vita (Decimo congresso internazionale degli attuari, Roma 1934, Tome II).

Revue politique et parlementaire. — Bulletin de documentation de l'Union des Caisses d'A.S. de la région parisienne. — Bulletin officiel de la Fédération Nationale de la Mutualité française. — Le Concours Médical. — La Presse Médicale. — Le Médecin-Conseil. — Vivre, etc...

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

(Les chiffres renvoient aux pages)

A

Accident de droit commun, 82, 165.
Accident du travail, 30, 42, 68, 77, 166.
Affiliation, 64.
Aggravation de l'état d'invalidité, 123, 175.
Agriculture (assurés de l'), 127 et suiv.
Alsace-Lorraine, 85.
Arrérages de la pension : Point de départ : 74 ; Paiement : 94.
Appel, 151, 160.
Assistance judiciaire, 138.
Assurance spéciale des femmes d'assurés, 133 et suiv.

B

Barème d'invalidité, 32.
Barème des invalides de guerre, 15, 33.
Barème des pensions, 73.
Bulletin de paye, 180.

C

Caisse maladie (rôle de), 31, 55, 101.
Carte d'immatriculation, 62.
Capital de couverture, 174, 187.
Causes d'invalidité, 25.
Certificat de vie, 94, 96.
Commission d'arrondissement, 155 et suiv.
Commission technique régionale, 40, 139 et suivantes.
Contrôle médical, 51, 67, 103.
Conseil supérieur des Assurances Sociales, 152.
Contestations, 137 et suivantes.

Conventions diplomatiques, 85, 89.
Coordination, 84.
Cotisation (minimum de), 46.
Cotisations forfaitaires des invalides, 98.
Cotisations versées après survénance du risque, 50, 179.
Cour de Cassation, 162.

D

Déchéance, 23, 25.
Définition de l'invalidité, 11.
Degré d'invalidité, 17, 32.
Demande de pension, 61.
Droit aux prestations, 29 et suiv.

E

Entrée en jouissance de la pension, 74.
Etranger (assurés français à l'), 88.
Etrangers (assurés), 85.
Etrangères (législations), 17.

F

Faute intentionnelle, 66.
Fiche comptable, 59.
Frais de déplacement des assurés et des médecins, 67.

H

Honoraires, 150.

I

Immatriculation (durée d'), 46, 65.
Incapacité générale de gain, 12, 35, 39.
Incapacité physique, 12, 36, 37, 38.
Inaccessibilité de la pension, 96.

Infirmités anciennes, 42, 100.
 Infirmités multiples, 43.
 Insaisissabilité, 96.
 Inspecteurs de travail, 38, 148.
 Instruction de la demande de pension : par la Caisse maladie, 56 ;
 par la Caisse invalidité, 61.
 Intérêts de retard, 51.
 Interruption d'assurance, 72.

L

Législations étrangères, 17.
 Liquidation (pension d'invalidité), 71.
 Liquidation anticipée (pension vieillesse), 121.
 Litiges, 137.
 Livret de pensions, 94.

M

Majorations pour charges de famille, 74, 94, 123, 129.
 Médecin-Contrôleur, 51.
 Militaire (service ou période), 47.
 Minimum de pension garanti, 72, 128, 133.
 Montant de la pension, 71, 79, 128.

N

Notification, 68.

P

Païement de la pension, 94.
 Païement des majorations, 94.
 Pensionnés militaires, 31, 42, 68, 77.
 Pourvoi en cassation, 162.
 Précompte, 50.
 Prévention, 211.
 Procédure : devant la commission d'arrondissement, 159 ; devant la commission technique, 146.

R

Rapport avis de la Caisse maladie, 58, 62.
 Recours c/ l'employeur, 179 et suiv.
 Recours c/ le tiers responsable, 165 et suivantes.

Rééducation des invalides, 219.
 Régimes spéciaux d'assurance, 64, 83.
 Remise en païement, 113.
 Retenue pour hospitalisation, 97.
 Retour à la validité, 115.
 Révision, 123, 176.

S

Salaire antérieur à l'affection, 41.
 Salaire servant de base au calcul de la pension, 73, 134.
 Section permanente du Conseil supérieur des Assurances Sociales, 151.
 Services régionaux, 55, 59.
 Soins aux invalides, 99, 173.
 Soins spéciaux aux invalides, 211 et suivantes.
 Stage (durée minima du), 46, 55.
 Statistiques : administratives, 201 et suiv. ; médicales, 191 et suivantes.
 Subrogation de la Caisse à l'assuré, 170.
 Suppression de la pension et des soins, 115 et suiv.
 Sursis à statuer, 76.
 Suspension du droit aux prestations (à l'étranger), 23.
 Suspension de la pension et des soins, 103 et suivantes.

T

Tiers responsable, 165 et suiv.
 Travail (réprise du), 104.
 Tribunal civil, 160.

U

Unions nationales agricoles, 127, 170.
 Unions régionales, 56, 59, 94, 101, 141, 170.

V

Versements exigés, 46.
 Vieillesse (pension de), 118.
 Violation de la loi, 162.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	7

TITRE I

Considérations générales sur les différentes conceptions de l'invalidité et aperçu sur les grands principes admis en matière de l'assurance de ce risque dans les législations étrangères

CHAPITRE I. — <i>Considérations générales sur les différentes conceptions de l'invalidité</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Aperçu sur les grands principes admis en matière de l'assurance de ce risque dans les législations étrangères</i>	17

TITRE II

**Assurés du commerce et de l'industrie
Conditions requises pour obtenir le bénéfice
de l'assurance-invalidité**

**Constitution du dossier de demande de pension
Liquidation et délivrance de la pension d'invalidité**

CHAPITRE I. — <i>Etat d'invalidité</i>	29
I) Cause d'invalidité	29
II) Pourcentage d'invalidité. Degré minimum nécessaire. Evaluation	32
CHAPITRE II. — <i>Conditions administratives requises</i>	45
I) Minimum de durée d'immatriculation	45
II) Minimum de versements	46
III) Situation particulière des assurés dont les cotisations ont été versées après survenance du risque.	50
CHAPITRE III. — <i>Constitution et instruction du dossier par la Caisse d'assurance maladie. Transmission à la Caisse d'assurance invalidité</i>	55

CHAPITRE IV. — <i>Instruction du dossier par la Caisse d'assurance invalidité</i>	61
I) Instruction administrative	63
II) Instruction médicale	66
CHAPITRE V. — <i>Détermination du montant de la pension et des majorations pour charges de famille. Notification</i>	71
CHAPITRE VI. — <i>Situation particulière</i>	77
I) Des assurés titulaires d'une pension militaire ou d'une rente pour accident de travail	77
II) Des assurés victimes d'un accident imputable à un tiers	82
III) Des assurés placés sous des régimes spéciaux d'assurance	83
IV) Des assurés ayant cessé d'avoir leur résidence en France	85

TITRE III

Situation de l'invalidé

Droits et obligations — Eventualités

CHAPITRE I. — <i>Considérations générales sur la pension et les soins aux invalides. Paiement de ces prestations. Prélèvement effectué sur les arrérages en cas d'hospitalisation. Versement de la cotisation forfaitaire</i>	93
I) Prestations en espèces	93
II) Prestations en nature. Soins aux invalides	99
CHAPITRE II. — <i>Suspension des arrérages de la pension.</i>	103
I) Cas de suspension	103
II) Effets	104
III) Remises en paiement	111
CHAPITRE III. — <i>Suppression. Extinction. Substitution de la pension de vieillesse. Révision</i>	115
I) Retour à la validité légale	115
II) Entrée en jouissance de la pension vieillesse	118
III) Révision de la pension ou des majorations pour charges de famille	123

TITRE IV

Assurés de l'agriculture**Femmes d'assurés inscrites dans l'assurance spéciale**

CHAPITRE I. — <i>Assurés de l'Agriculture. Assurés ayant appartenu alternativement ou successivement à l'assurance obligatoire agricole ou non agricole</i>	127
I) Régime des assurés de l'Agriculture	127
II) Régime applicable aux assurés qui ont appartenu alternativement ou successivement à l'assurance obligatoire agricole ou non agricole	130
CHAPITRE II. — <i>Régime des femmes d'assurés inscrites dans l'assurance spéciale</i>	133

TITRE V

Litiges

CHAPITRE I. — <i>Commission technique d'invalidité. Composition. Compétence. Procédure. Appel.</i>	139
CHAPITRE II. — <i>Commission d'arrondissement. Composition. Compétence. Procédure. Appel. Recours en Cassation.</i>	155
CHAPITRE III. — <i>Recours contre les tiers responsables.</i>	165
CHAPITRE IV. — <i>Recours contre les employeurs en cas de versement des cotisations après la survenance du risque</i>	179

TITRE VI

**Résultats de l'assurance invalidité
après les premières années de fonctionnement**

CHAPITRE I. — <i>Statistiques médicales</i>	191
CHAPITRE II. — <i>Statistiques administratives</i>	201

TITRE VII

La lutte contre l'invalidité

CHAPITRE UNIQUE. — <i>La prévention de l'invalidité et les soins spéciaux aux invalides</i>	211
BIBLIOGRAPHIE	221

